Rok XXXIX. Kraków, 24 Marca 1900. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Prof. A. Gluzińskiego we Lwowie.

Przyczynek do zmian w tętnie obwodowem przy schorzeniach miażdżycowych tętnicy głównej.

Podał

Dr. Juliusz Marischler

Asystent kliniki

Przy dokładnem badaniu tętna należy zwracać uwagę nietylko na zmiany, zachodzące w tętnicach podczas skurczu i rozkurczu komory lewej, na parcie wśródtętnicze, lecz także na zmiany, powstające podczas faz oddechowych. Wiadomo, że parcie krwi w tętnicach wzrasta podczas wydechu, maleje podczas wdechu. Przyczyna tego zjawiska leży poczęści w zmianie ciśnienia wśród klatki piersiowej (Cl. Bernhard), po części w układzie nerwowym (Meltzer, Kirsch, Wertheimer i Meyer). U zdrowego człowieka tętno sprychowe podczas wdechu przyśpiesza się, podczas wydechu wolniejе; stoi to w związku z parciem krwi, gdyż wolne tętno jest cechujące dla wysokiego parcia krwi, tętno szybkie dla obniżonego parcia. Zauważyć wypada, że tu tętno sprychowe jest prawie zawsze wyczuwalne, a nieznacznej różnicy w parciu palec dotykający prawie że odczuć nie może. Niekiedy zmiana ta jest tak wybitną, że ją dokładnie palcem wyczuć można i wtedy to zachowanie się tętna nazywamy *pulsus paradoxus*, albo *inspiratione cessans*. Właściwie, ściśle biorąc, nazwa *paradoxus* nie jest odpowiednią, gdyż już fizyologicznie parcie krwi podczas wdechu maleje, czasem nawet do zupełnego zniknięcia fali tętna (Janowski). O wiele częściej i wybitniej zachowanie się to tętna stwierdzamy przy nowotworach śródpiersia, przy *mediastino-pericarditis adhaesiva*, t. j. przy zmianach łącznotkankowych śródpiersia około wielkich naczyń i objaw ten, wraz z paradoksalnymi objawami żylnymi, jak wdechowe wypełnianie się żył szyjnych, jest dla tego cierpienia charakterystyczny. Objaw ten tłómaczy się nagłem zwężeniem światła tętnicy w ośrodkowym jej początku, wskutek pociągania takowej przez zrosty łącznotkankowe środpiersia, więcej napięte wskutek wdechowego ustawienia klatki piersiowej.

Na posiedzeniu lwowskiego Towarzystwa lekarskiego w d. 12 stycznia 1900 przedstawiłem chorego z kliniki lekarskiej z rozszerzeniem tętniakowem tętnicy głównej i zwróciłem uwagę na ciekawą zmianę w tętnie sprychowem podczas wdechu, a której to zmiany dotychczas opisanej nigdzie nie znalazłem.

Tętniaki wywołują rozmaite zmiany w tętnieniu tętnic obwodowych, a to zależnie od ich umiejscowienia, wielkości, wytworzenia się w nich skrzepów, jak również i sama sprawa chorobowa, dająca powód do rozwinięcia się tętniaka i usadowiona w ujściu odpowiedniej tętnicy, może spowodować zmniejszenie się lub całkowite zniknięcie tętna w jednej lub we wszystkich tętnicach, wychodzących z łuku tętnicy głównej. Już oglądaniem możemy niekiedy spostrzedz nierównomierne tętnienie tętnic dogłowowych. Znanym jest objaw opóźniania się tętna na tętnicy sprychowej lewej w stosunku do prawej. A w końcu i *pulsus paradoxus* zdarza się przy tętniakach czasami, lecz tylko przy równoczesnem powikłaniu z zapaleniem śródpiersia (Huchard).

Zanim przystąpię do omówienia zmian w tętnie u naszego chorego, przytoczę w krótkości jego historyę choroby.

M. M. zarobnik l. 56, przyjęty do kliniki 29 października 1898. Przyczyny śmierci rodziców chory podać nie umie. Mając lat 22, przebył dur brzuszny; w trzydziestym roku życia po sześciogodzinnym tańcu (o zakład) obrzękły mu kończyny dolne, w łóżku jednak nie leżał i na bicie serca się nie skarżył. W 40 r. ż. przebył dur plamisty, a w 49 r. ż. kiłę, na którą leczył się w szpitalu i wziął około 30 wcierań.

Obecna choroba rozpoczęła się w roku 1896. Powstanie jej odnosi chory do upadku na bok prawy, poczem miał mieć przez chwilę »zaparty oddech«; podniesiono go z ziemi, poczem po chwili czuł się o tyle dobrze, że mógł pracować dalej. Wieczorem tego samego dnia uczuł ból w boku lewym i bicie serca; od tego czasu nie może leżeć na tym boku, gdyż bicie serca się zwiększa i występuje równocześnie pobudzenie do kaszlu. Stan pogarszał się coraz bardziej; podczas pracy fizycznej miała występować duszność, ból za mostkiem, rozpromieniający się do ręki lewej i cierpnięcie 4 i 5 palca tejże ręki. W tym czasie zauważył na klatce piersiowej po stronie lewej rozszerzanie się żył skórnych.

Żonaty od 5 lat, żona i dziecko mają być zdrowe; chory przyznaje, że przed wystąpieniem choroby nadużywał napojów wyskokowych.

Stan obecny: Osobnik dobrze zbudowany i dość dobrze odżywiony; na szyi widać tętnienie tętnic dogłowowych, nieco wyraźniejsze po stronie prawej i ta tętnica jest lepiej macalna, przyczem wyczuć w niej można skurczowy szmer. Lewa tętnica dogłowowa daje się mniej dobrze wymacać i szmeru w niej nie czuć. Tętnica podobojczykowa prawa tętni również silniej. niż lewa. Klatka piersiowa dość długa, dość dobrze wysklepiona, ruchomość lewej strony w całości nieco upośledzona w porównaniu ze stroną prawą. W szczycie lewym i z tyłu w dole po lewej stronie odgłos przytłumiony, dolna granica lewej strony nieruchoma, zresztą wypuk wykazuje prawidłowe stosunki. Przysłuchem stwierdza się w szczytach wdech pęcherzykowy, wydech słyszalny, ku dołowi szmery stają się bardziej szorstkie, po lewej z tyłu podczas wdechu furczenia.

Badanie narządu krążenia wykazuje: Uderzenie koniuszkowe serca w szóstym przestworze międzyżebrowym, w linii sutkowej lewej, oporne, podnoszące. Okolica serca w całości ulega rytmicznemu podnoszeniu, przyczem zauważyć się daje wyraźne opóźnienie wstrząśnienia rękojeści mostka w stosunku do uderzenia koniuszkowego serca. Podnoszenie więc rękojeści mostka wypadałoby na koniec skurczu komory lewej. Stłumienie serca schodzi się na lewo z uderzeniem koniuszkowem, na prawo sięga do linii środkowej ciała; na górnej

części mostka można wykazać stłumienie na ośm ctm. szerokie, ku dołowi zwężające się i schodzące się ku dołowi ze stłumieniem serca.

Przysłuch nad koniuszkiem serca: skurczowy i rozkurczowy szmer; oddalając się od koniuszka ku pasze lewej, słychać pierwszy ton i rozkurczowy słaby szmer. Idąc ku stronie prawej, szmery stają się co raz to wyraźniejsze, a w miejscu przyczepienia się piątego żebra lewego do mostka szmer rozkurczowy jest najwyraźniejszy. Posuwając się ku górze, szmer rozkurczowy słabnie, skurczowy zaś staje się coraz silniejszym tak, że na rękojeści mostka słychać tylko bardzo silny szmer skurczowy, a rozkurczowy bardzo słaby. Nad tętnicą płucną dwa szmery, tonów nawet przy skośnem trzymaniu stetoskopu wysłuchać nie można. Nad tętnicą dogłowową szmer silny skurczowy i słaby rozkurczowy.

Tętno sprychowe po stronie prawej wyraźnie wyczuwalne, po lewej słabe. Tętnica ramieniowa (*art. brachialis*) prawa tętni wyraźnie, lewa bardzo słabo. Tętnice udowe tętnią bardzo wyraźnie, przy osłuchiwaniu słychać skurczowy ton. Tętnice grzbietowe nogi (*art. dorsalis pedis*) tętnią wyraźnie i okazują tętno chybkie.

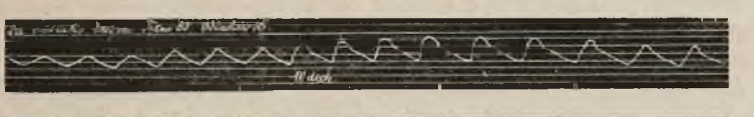
W narządach jamy brzusznej stosunki prawidłowe.

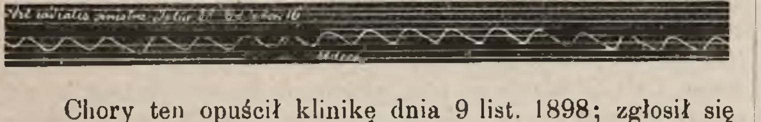
Na podstawie tych danych, rozpoznanie co do narządu krążenia opiewało: *Ectasia aneurysmatica aortae ascendentis et arcus aortae, insufficientia valv. similunar. aortae, subs. hypertrophia cordis sinistri cum dilatatione, stenocardia.*

Pomijając stronę etyologiczną tego przypadku, muszę jeszcze kilka słów dodać o zachowaniu się tętna u naszego chorego. Podczas pierwszego pobytu chorego w klinice obraz sfigmograficzny tętna sprychowego okazywał po stronie lewej wyraźny *pulsus rotundus*, t. j. linia wstępująca na sfigmogramie podnosi się wolno ku górze i zwolna przechodzi w linią zstępującą, tworząc podstawę i wierzchołek zaokrąglony. Podczas głębokiego wdechu widać, że parcie krwi w tętnicy sprychowej staje się tylko bardzo nieznacznie wyższe.

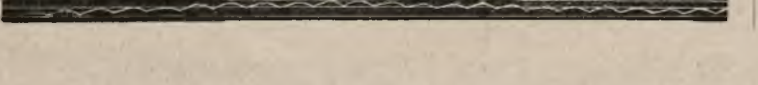
Obraz sfigmograficzny tętnicy sprychowej prawej okazywał wtedy *pulsus tardus*, a mianowicie linia wstępująca i zstępująca fali podnosi się i spada powoli, tworząc wierzchołek i podstawę również zaokrągloną, przechodzenie jednak jednej linii w drugą odbywa się tu o wiele szybciej. Podczas głębokiego wdechu widzimy tu wyraźną różnicę, gdyż linia wstępująca fali tętna podnosi się niemal z prawidłową szybkością w górę, przyczem podstawa fal tętna podnosi się również nieco w górę. Wierzchołek fali i podczas wdechu jest wyraźnie zaokrąglony, a na linii zstępującej zjawiają się niewyraźne drugorzędne wahania.

Odnośne zmiany w tętnie uwidoczniają załączone sfigmogramy.





Chory ten opuścił klinikę dnia 9 list. 1898; zgłosił się powtórnie do kliniki dnia 15 maja 1899, skarżąc się znowu na duszność napadową, ból za mostkiem rozprzestrzeniający się do ramienia lewego i cierpnięcie 4 i 5 palca ręki lewej. Różnicy w stanie serca samego wykazać nie można było; natomiast tętno sprychowe po stronie lewej było zupełnie niewyczuwalne, a po stronie prawej słabo wyczuwalne, okazujące na sfigmogramie małe wzniesienia.



Podczas wdechu tym razem krzywej tętna nie zdjęto.

Dnia 6 paźdź. 1899 zgłosił się chory po raz trzeci do kliniki; stan serca i naczyń znaleziono niezmieniony.

Obecnie chory od 2 stycznia 1900 po raz czwarty przebywa w klinice z powodu większego nasilenia swych dawnych dolegliwości. Stan serca i teraz przedstawia te same zmiany, jak poprzednio, natomiast w tętnicach obwodowych, wychodzących z łuku aorty, stwierdzić można jeszcze wybitniejsze zmiany. Oglądając tętnice dogłowowe, można zauważyć tylko słabe tętnienie takowych; przy obmacaniu wyczuwa się w tętnicy dogłowowej prawej słabe bardzo tętnienie, a zarazem szmer skurczowy. Podczas wdechu można stwierdzić tak dotykiem, jak i oglądaniem, wzmacnianie się tętna. W tętnicy dogłowowej lewej wyczuwa się słabe tętnienie bez zmian podczas wdechu.

Łuk tętnicy głównej w dołku jarzmowym nie tętni i jest niewyczuwalny. Tętno sprychowe jest teraz tak po stronie lewej jak i po prawej niewyczuwalne, natomiast podczas głębokiego wdechu, po stronie prawej wyczuwa się wyraźne fale tętna, czyli mamy tu odwrotne zjawisko jak przy *pulsus paradoxus*, a mianowicie znikanie tętna podczas wydechu, zjawianie się podczas wdechu, jest to więc typowy *pulsus paradoxus inversus*.

A zatem u naszego chorego wszystkie przystępne dla badania tętnice, wychodzące z łuku tętnicy głównej, jak tętnice dogłowowe i podobojczykowe, okazują zmiany, że tak można powiedzieć, czynnościowe, a jedynie tętnice udowe i grzbietowe nogi zachowują się charakterystycznie dla zmian przysłuchowych serca. Odmienne więc zachowanie się tętnic, wychodzących z łuku tętnicy głównej, a tętnic wychodzących z części brzusznej tejże tętnicy, jak również ograniczenie się zmian wyłącznie do tętnic dogłowowych i podobojczykowych pozwala z góry na przypuszczenie, że siedziba głównej zmiany znajdować się musi w samym początku tych naczyń, czyli w łuku tętnicy głównej.

Dalsze badanie potwierdziło to przypuszczenie; na górnej części mostka znaleziono wybitne stłumienie, a na rękojeści mostka najlepiej słyszalny szmer skurczowy, przyczem cała górna środkowa część klatki piersiowej okazywała silne falowanie rytmiczne. Mieliśmy więc zmiany, które z całą pewnością pozwalały na rozpoznanie rozszerzenia tętniakowego tętnicy głównej w części jej wstępującej i łuku. Jak wyżej wspomniałem, tętno przy tętniakach rozmaicie się zachowuje, zależnie od umiejscowienia, wielkości, wytworzenia się skrzepów w jamie tętniaka, od zmian zapalnych i złogów miażdżycowych w miejscu odejścia danego naczynia. Zmiany te mogą dotyczyć ujścia jednego lub kilku naczyń, a do tej ostatniej kategoryi trzeba zaliczyć i nasz przypadek.

Trudniej wytłómaczyć sobie to podnoszenie się parcia i zjawianie się fal tętna w tętnicy sprychowej prawej podczas wdechu. Że przyczyna musi leżeć również ośrodkowo, przemawia za tem podobne zachowanie się tętnicy dogłowowej prawej, odchodzącej wraz z tętnicą podobojczykową z pnia bezimiennego (*truncus anonymus*). Mechanizm powstawania tego zjawiska polegać musi na rozszerzaniu się wdechowem początku pnia bezimiennego, co powstać może, jeżeliby się cała jama tętniaka rozszerzyła. Teoretycznie możemy sobie przedstawić, że takie rozszerzenie podczas wdechu powstać może. Podczas wdechu mamy obniżenie ciśnienia w klatce piersiowej, wskutek czego płuca się rozszerzają.

Obniżenie to ciśnienia działa także na wielkie naczynia i serce, ułatwiając z jednej strony dopływ krwi żylnej do serca, z drugiej strony obniżając parcie krwi w tętnicach. Tak samo jak serce, musi się rozszerzyć podczas wdechu i jama tętniaka, a podczas tego mogą zajść odpowiednie warunki do rozszerzenia zwężonych ujść tętniczych. Bliżej objaśniać powstawanie *pulsus paradoxus inversus* za życia chorego uważałbym za niestósowne, przypuścićby jednak można, że rozszerzenie to tętniakowe musi być dość znaczne. Sposób zwężenia pnia bezimiennego a tętnicy podobojczykowej lewej musi być odmienny, w każdym razie z przebiegu choroby wiemy, że tętno po stronie lewej było o wiele wcześniej niewyczuwalne, niż po stronie prawej.

II. O leczeniu krwisteku omacicznego *(Haematocele periuterina)*.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

(Ciąg dalszy).

Jak już wyżej zaznaczono co do postępowania chirurgicznego, czy je wykonywać lub nie i względnie jaką drogą operować, pod tym względem istnieje zamięszanie i znaczna różnica zdań między autorami.

Jak Winternitz w pracy swej, w świeżo wydanem zbiorowem dziele Veita, zestawia, dla postępowania chirurgicznego istnieją obecnie następujące wskazania: 1) Jeżeli po kilkutygodniowem leczeniu, mimo spokojnego leżenia, krwistek nie okazuje skłonności do wessania. 2) Gdy przypadłości uciążliwe wciąż trwają. 3) Gdy guz wzrasta i mamy znamiona namacalne wewnętrznego krwotoku. 4) Gdy są objawy uciskowe i zaburzenia uporczywe ze strony czynności pęcherza moczowego i odbytnicy. 5) Jeżeli grozi, albo nastąpiło zropienie.

Nadto dodaje wskazania postawione przez Gusserowa, który operuje w tych przypadkach, w których warunki chorych nie pozwalają na zbyt długie leczenie i gdy ze względu na ich sposób życia z trudnością, albo wcale nie są w stanie później przez czas dłuższy się tak szanować, jak to potrzebne, aby się od nawrotów cierpienia uchronić. Do tych wskazań należałoby jeszcze dodać, że zabiegi chirurgiczne są wskazane w razie pęknięcia guza, a szczególniej, gdyby to w kierunku jamy brzusznej nastąpiło.

Zastanawiając się nad temi wskazaniami, zaznaczyć muszę, że one nie są równomierne i że ich na równi stawiać i zbiorowo oceniać nie można.

Tu i owdzie zwracają autorowie uwagę na niektóre ze wskazań, nigdzie nie spotkałem się jednak w piśmiennictwie z krytycznym poglądem na te wskazania. Ze stanowiska praktycznego ze względu na ocenę, jakim sposobem ma być dany przypadek operowany, sądzę, że byłoby rzeczą bardzo ważną, aby te wskazania rozdzielić i to na dwie kategorye, a mianowicie: na wskazania, które wymagają bezwarunkowo chirurgicznego postępowania i na takie, które go tylko względnie wymagają. Do tych wskazań, które wymagają bezwzględnie postępowania chirurgicznego zaliczyłbym: 1) Gdy guz wzrasta i mamy namacalne znamiona krwotoku wewnętrznego. 2) Jeżeli stan ogólny chorej i zmiany miejscowe pozwalają nam przypuszczać, że krwistek ma dążność do zropienia, albo że zropienie nastąpiło. 3) W razie pęknięcia guza do jamy brzusznej.

Do tych zaś, które względnie tylko wymagają zabiegu chirurgicznego zaliczyćby należało: 1) Jeżeli po kilkotygodniowem leczeniu, mimo spokojnego leżenia krwistek nie okazuje skłonności do wessania. 2) Gdy przypadłości uciążliwe wciąż trwają. 3) Przy objawach uciskowych i uporczywych zaburzeniach ze strony czynności pęcherza moczowego i odbytnicy. 4) Gdy warunki chorej nie pozwalają na zbyt długie leczenie. 5) W razie przebicia się guza do pęcherza moczowego lub do odbytnicy.

Podział taki wskazań zdaje nam się rzecz bardzo uproszczać, albowiem z podziału tego już wynika, że w pierwszej kategoryi wskazań, gdzie zabieg operacyjny jest bezwzględnie wskazany, operować powinniśmy zaraz i do tego operować musimy radykalnie W drugiej zaś kategoryi przypadków mamy więcej czasu do namysłu i rozważenia, czy mamy mniej lub więcej radykalnie postępować.

Jeżeli idzie o wybór, jakiego sposobu operacyjnego użyć mamy, a głównie tu idzie o to, czy mamy operować torując sobie drogę przez powłoki brzuszne, czy też przez pochwę, nie możemy wobec powyższych wskazań uważać tych sposobów na równi i ze sobą porównywać, gdyż tak dobrze wskazania, jak i drogi postępowania chirurgicznego, zanadto się pomiędzy sobą różnią. A co więcej, sposób operowania przez pochwę może być rozmaicie pojmowany i wykonywany. Przedewszystkiem powinniśmy się zastanowić nad tem, co pragniemy w danym przypadku zamierzoną drogą osiągnąć. Zwolennicy jednej metody podnoszą jej zalety, a ganią postępowanie drugie i na odwrót. Zdaję mi się, że jedni i drudzy mają po części słuszność, a prawda leży w pośrodku. Zastanówmy się nad zabiegami, o które chodzi w ich stosunku do krwisteku okołomacicznego. Laparotomia jest zabiegem radykalnym; za pomocą niego możemy usunąć nietylko cierpienie samo, ale i źródło jego. Zabieg ten, wykonywany w przypadkach krwisteku, może być utrudniony, albowiem możemy napotkać różne powikłania, z powodu których może się stać zabiegiem bardzo poważnym, w każdym zaś razie dla chorej jest ciężkim. Jeżeli niema powikłań, a krwistek daje się usunąć w całości, możemy mieć wynik świetny i szybki. W razach zaś napotkanych powikłań i wynik operacyi może być mniej korzystny i leczenie następowe może dłuższego wymagać czasu. Możebne jest pęknięcię guza wśród zabiegu z wylaniem się treści do jamy brzucha, która łatwo może być nieobojętną; możemy mieć krwotok miąższowy, trudny do zatamowania, który wymaga wytamponowania i niedozwala zamknięcia powłok brzusznych.

Otwarcie guza przez pochwę jest zabiegiem względnej doniosłości, albowiem w przypadkach krwisteku rozmaicie bywa ono dokonywane; jedni starają się ile możności tą drogą dorównać operacyi przez powłoki brzuszne i usunąć cierpienie doszczętnie, inni zaś wypuszczają treść płynną guza, usuwają skrzepów tyle, ile się da i tem się zadawalniają. W myśl tego wyłaniają się, dokonane wprawdzie jedną drogą, ale dwa odmienne zabiegi. W pierwszym razie jest to zabieg przez pochwę, dokonany w celu ominięcia drogi przez powłoki brzuszne, zabieg ciężki, niepewny; w drugim razie jest to zabieg, mający na celu częściowe opróżnienie guza, który dalekim jest od postępowania radykalnego, nie

prowadzi bowiem do doszczętnego usunięcia cierpienia. Mimo to jednak, jak to się będę starał wykazać, może on przynieść chorej znakomite usługi, a sam przez się jest zabiegiem, stosunkowo wcale niewinnym.

Porównując te dwa odmienne postępowania wśród zabiegu, dokonywanego przez pochwę, ze sposobem operowania przez powłoki brzuszne, jestem zdania, że dążność do doszczętnego operowania przez pochwę w obec cierpienia tak atypowego, w jamie brzusznej ukrytego, nie może wytrzymać krytyki. Operowanie doszczętne przez pochwę jest wprost operowaniem na ślepo w nieznanem polu operacyjnem i nie daje nam nigdy pewności, że plan, z góry obmyślany, przeprowadzić się da. Operowanie takie zależy wprost od przypadku i, jeżeli dąży do doszczętnego usunięcia cierpienia, jest dla chorej ryzykownem i niebezpiecznem, a usunięcie źródła cierpienia może być wprost niemożebnem. Przeglądając piśmiennictwo, możemy się przekonać, że nieszczęśliwe przypadki, jakie miały miejsce po operacyach, wykonywanych w przypadkach krwisteku od strony pochwy, wydarzały się wówczas, gdy chciano ile możności doszczętnie treść guza usunąć. Zatem w przypadkach, w których chciano usunąć zmienione przydatki (adnexa), lub skrzepy, które je otaczały; dalej w tych przypadkach, w których robione były przestrzykiwania w celu dokładniejszego wypróżnienia jamy. Inna zupełnie rzecz, jeżeli operacya, dokonana przez pochwę, ma na celu tylko ostrożne wypuszczenie treści płynnej krwisteku i łatwo dających się usunąć skrzepów. Wówczas zabieg ten nie da się porównywać z zabiegiem, dokonanym drogą, utorowaną przez powłoki brzuszne, nie może go zastąpić, nie jest wcale postępowaniem radykalnem, natomiast jednak jest postępowaniem niewinnem, za pomocą którego można znakomicie trwanie leczenia skrócić.

Co do obawy, aby ropienie, powstałe po otwarciu krwisteku przez pochwę, mogło się stać dla chorej groźnem, jak to niektórzy zaznaczają, sądzę, że obawa w tym kierunku niesłuszna. Albo bowiem treść guza jest jałową, a postępowanie nasze aseptyczne, to nie potrzebujemy się ropienia obawiać, albo treść guza nie była jałową i groziło zropienie, to otwarcie przez pochwę było wskazane i tylko przez pochwę. Pod tym względem godzę się z zapatrywaniem G o t t s c h a l k a, który powiada, że naszym obowiązkiem jest za pomocą niewinnego zabiegu, jakim jest *colpotomia posterior*, wielki krwistek wypuścić i przez to wyleczenie przyspieszyć; że w dzisiejszych czasach, wobec postępowania przeciw — i bezgnilnego, niema obawy, aby rozkład treści w jamie krwisteku powstał, jeżeli unikniemy wstrzykiwań i odnawiania tamponady. U swych chorych, tak operowanych, nie widział G. podniesienia ciepłoty.

Zaznaczyć tu muszę, że przedsiębiorąc otwarcie krwisteku przez pochwę, nigdy nie kusiłem się o doszczętne usuwanie treści guza tą drogą i stanowczo taką dążność zganić muszę.

Wobec tego, ze sposobów operacyjnych, dzisiaj używanych w przypadkach krwisteku, nadaje się albo laparotomia, jako operacya radykalna, albo droga prowadząca przez powłoki brzuszne, ale podotrzewnowo, albo wreszcie operacya przez pochwę, jako operacya wprawdzie połowicza, mimo to słusznie usprawiedliwiona wynikami pomyślnymi, jakie nam daje.

Jeśli się teraz zastanowimy nad wskazaniami, wyżej podanemi i nad pytaniem, co chcemy w danym przypadku osiągnąć, to w tych przypadkach, w których zabieg chirurgiczny jest bezwzględnie wskazany, wybór zdaje się nam łatwy, a mianowicie w przypadkach stwierdzonego krwotoku wewnętrznego jedynie racyonalnem jest dążenie do zatamowania krwotoku, a przy tej sposobności do usunięcia krwisteku i tutaj operacya, wykowana drogą przez powłoki brzuszne powinna być jedynie i wyłącznie wskazaną. W razie pęknięcia guza idzie nam o doszczętne usunięcie krwisteku i jego treści, a względnie o zabezpieczenie jamy otrzewnowej od ogólnego zakażenia. Ten wynik osiągnąć możemy tylko za pomocą laparotomii z ewentualnem zastósowaniem worka Mikulicza.

W razie zropienia guza idzie o zabezpieczenie ropie odpływu; do tego nadaje się nacięcie od pochwy, albo laparotomia podotrzewnowa. Wybór między tymi zabiegami zależeć powinien od stosunków anatomicznych danego przypadku.

Zastanawiając się dalej nad resztą wskazań, które według naszego podziału wymagają względnie zabiegu chirurgicznego, powiedzieć musimy, że i wybór zabiegu operacyjnego jest względny. W pewnych przypadkach powinny decydować warunki anatomiczne i cel, jaki osiągnąć chcemy, w innych zaś powinna decydować chora, która ma być operowana, po przedłożeniu jej widoków różnego postępowania chirurgicznego.

Przejdźmy te wskazania szczegółowo: 1) Jeżeli po kilkotygodniowem leczeniu, mimo spokojnego leżenia, krwistek nie okazuje skłonności do wessania. Co do tego wskazania, to przedewszystkiem nie wymaga ono doraźnego zabiegu. Przy wyborze sposobu operacyjnego możemy zamierzyć albo doszczętne usunięcie guza, albo też możemy się starać zmienić stosunki anatomiczne, a temsamem umożliwić wessanie guza. Tutaj przedewszystkiem zasługuje na uwagę okoliczność: jakie stosunki anatomiczne przedstawia guz? Czy ma otoczkę zbitą, twardą, czy też nie? Jeżeli jest otorbiony grubą stałą otoczką w myśl zapatrywania S ä n g e r a, to nadaje się do wyłuszczenia doszczętnego *per laparotomiam.* W przypadkach takich możemy się spodziewać, że nam się uda guz wyłuszczyć w całości, że zabieg operacyjny przebiegnie bez powikłań i przy postępowaniu aseptycznem wynik będziemy mieli dobry i wyleczenie szybkie. Jeżeli zaś guz ma ściany niejednostajnie zgrubiałe i okazuje miejsca cienkie, gdzie czuć wybitnie chełbotanie, możemy się spodziewać, że wśród dążności wyłuszczenia guza w całości drogą przez powłoki brzuszne, nastąpi przedarcie, wylanie się treści do jamy brzucha, a zatem i ewentualna potrzeba worka Mikulicza. W przypadku takim nie możemy już liczyć na gładki przebieg i na szybkie wyleczenie, bo jeżeli treść guza nie była jałowa, możemy się spodziewać długotrwałego ropienia. W przypadkach takich najstósowniejszem jest dążyć do usunięcia płynnej treści guza i w tym celu drogą przez pochwę wypuścić krew i wiotkie skrzepy, poczem następuje znaczne zmniejszenie się guza i często w dalszym ciągu szybkie stosunkowo wessanie pozostałości, albo gdyby to nie nastąpiło, pozostaną nam części stałe, których wyjęcie późniejsze drogą przez powłoki brzuszne byłoby właściwe i możliwe bez powikłań zabiegu, ze spodziewanym pomyślnym i szybkim wynikiem.

2) Gdy przypadłości uciążliwe wciąż trwają. W przypadkach tych główną odgrywa rolę okoliczność, czy się

przypadek nadaje do laparotomii, czy nie, w myśl uwag, wypowiedzianych przy poprzedniem wskazaniu: a dalej gdyby w danym przypadku te warunki były, powinna decydować chora, czy pragnie doszczętnego usunięcia cierpienia, połączonego z większem niebezpieczeństwem, czy też polepszenia stanu i gotowa się dalej poddać długiemu leczeniu.

3) Przy objawach uciskowych na pęcherz i odbytnicę powinny rozstrzygać stosunki anatomiczne. Tam, gdzie mamy widoki doszczętnego usunięcia guza w całości, należy wykonywać to drogą przez powłoki brzuszne, tam zaś, gdzie się tego nie spodziewamy, zmniejszyć guz przez wypróżnienie drogą pochwy, co już wskazaniu zadosyć czyni.

Wobec tego wskazania ważną jest okoliczność, czy objawy uciskowe polegają na nawrotach i następowych krwotokach, czy też te ostatnie nie mają miejsca; gdybyśmy bowiem mieli do czynienia z krwotokami następowymi, byłaby laparotomia wskazana w celu usunięcia źródła krwotoku wewnętrznego.

4) Gdy warunki chorej nie pozwalają na zbyt długie leczenie. Wobec tego wskazania decydować powinny stosunki anatomiczne oraz wola chorej.

5) W razie przebicia się guza do pęcherza moczowego lub do odbytnicy. W tych przypadkach możemy albo wyczekiwać, jeżeli niema żadnych groźnych objawów, albo też może być zabieg operacyjny wskazany, jeżeli objawy takie istnieją. Jeżeli nie mamy groźnych objawów ze strony pęcherza i odbytnicy i jeżeli mocz lub kał nie dostają się do jamy guza, byłoby wskazanem wyczekiwanie; w razie zaś przeciwnym należałoby zabezpieczyć odpływ treści guza wprost na zewnątrz, do czego droga przez pochwę byłaby jedynie właściwą. (Dok. nast.)

III. O anomaliach odruchów, w szczególności kolanowych i o towarzyszących im uczuciach (sensacyach) w przypadkach nerwic.

Podał

Dr. Stanisław Szuman (Monachium).

(Dokończenie).

Opisane przypadki nerwic nasuwają mi następujące uwagi analityczne: Znieczulenie psychiczne, połączone z przyćmieniem samowiedzy wśród napadów histerycznych (pierwszy przypadek histeryi, spostrzeżenie I) jak i zaćmienie pamięci, odnoszące się w różnym stopniu do tego wszystkiego, co wśród napadów wymienionych zaszło, uważać można za stan somnambuliczny. Tak przynajmniej pojmują podobne stany psychiczne znakomici badacze francuzcy: Charcot, P. Janet, J. Janet, Binet, Richer i inni. — W zajmującej rozprawie swej: *Quelques définitions récentes de l'hysterie* (por.. *Archives de neurologie, Paris 1893, p. 417—438)*, mówi P. Janet o rozpadaniu się *(désagregation)* osobowości tego rodzaju chorych w peryodycznie po sobie następujących dwu odmiennych nastrojach i stanach psychicznych na dwie niejako postacie istnienia i określa te dwie niejako indywidualności psychiczne słowami: „Zdwojenie osobowości“ *(dédoublement de la personnalité)*. — Inaczej zapatruje się na pomienione stany psychiczne i w ogóle na indywidualność psychiczną uczony angielski, Fryderyk Meyers (por. artykuł jego: „*The subliminal consciousness*“ *w Proceedings of the society for psychical research vol VII p. 301—306)*. W rozprawie tej odrzuca Meyers „drugorzędną jaźń“ i drugorzędną osobowość, nadmieniając, że robiłoby to wrażenie, jakoby więcej „jaźni“, więcej indywidualności i osobowości niż dwie być nie mogło, lub jakoby „jaźń nadkresowa“ (*the supraliminal self)*, „jaźń zwykłego doświadczenia“ *(the self of common experience)*, „jaźń empiryczna“ *(the empirical self)* ważniejszą była, niż inne przypuszczalne „jaźnie“. Wyrażenia „osobowość“ używa F. Meyers ku oznaczeniu objawów więcej zewnętrznych i przemijających, określając zarazem słowem „indywidualność“ głębsze objawy psychiczne. W dalszych wywodach swych przypuszcza Meyers, że „jaźń podkresowa“ i „pamięć podkresowa“ *(the subliminal self)* ogarniać mogą tak pod względem swej fizyologicznej, jak i psychologicznej czynności okręg daleko szerszy niż „jaźnie nadkresowe“, i „pamięć nadkresowa“, już choćby z tej przyczyny, że ostatnie są w każdym, a więc i w ludzkim ustroju, ograniczone przez skupienie konieczne na wspomnienia celowe i pożyteczne w walce o byt.

Ale nietylko te, niejako pośrednie dane, przemawiają za szerokością podkresowej samowiedzy. Daleko wyraźniej świadczy za nią, zdaniem mojem, cała ogromna dziedzina uporządkowanych, celowych, z czuciem i uczuciem w pewnym związku i stosunku pozostających ruchów i odruchów, które odbywają się w ustroju bądź-to na podstawie dziedzicznych właściwości, bądź-też nawyknienia, wyćwiczenia i wprawy, bądź wreszcie wszystkich tych czynników razem wziętych, poniekąd automatycznie, nie znacząc się żadnym śladem i wyrazem w nadkresowej samowiedzy.

Tu zaliczyć należy także i wspomnienia, które drzemią, niejako utajone, w głębinach umysłu aż do chwili, w której je obudzi jakieś pokrewne kojarzenie i powoduje poniekąd do wynurzenia się i ukazania w źwierciadle nadkresowej samowiedzy. — Podkresowa samowiedza ogarnia wreszcie bezsamowiedne wrażenia i czynności przejęte lub wykonywane przez umysł bez skupienia uwagi, które występują dopiero później wśród pewnych danych, n. p. w stanie hipnotycznym w nadkresowej samowiedzy [1]). P. Janet, który zwrócił pierwszy uwagę na ten syndrom psychiczny, oznaczył go słowami: „acte inconscient par distraction“.

Zastanawiając się w ciągu dalszym nad innymi stanami, nastrojami i władzami duszy chorych na histeryę osobników, nad zmiennością ich uczuciowości i charakteru, oraz nierówną siłą ich pamięci, inteligencyi, uwagi, woli, wyobraźni i t. d. (mam tu na myśli nietylko przytoczone, lecz zarazem i inne spostrzegane przezemnie przypadki), przychodzę do przekonania, że wszystkie te zmiany, mimo że przybierają w histeryi prawdziwie „Proteuszowe kształty i kameleona barwy“, nie zmuszają nas jednakże bynajmniej do

[1]) Tu odnosi się n. p. spostrzeżenie Forela, (podane w *Proceedings of the society for psychical research* Vol. VI. str. 225). — Jeden z uczestników pewnego towarzystwa czyta z zajęciem książkę, nie zważając na rozmowę obecnych. Wymienienie nazwiska jednego z jego znajomych porusza czytającego i spowodowuje pytanie o bliższe szczegóły, odnoszące się do osoby znajomego. — Po stwierdzeniu faktu, że będący w mowie osobnik nie zauważył całej rozmowy, poddaje go Forel hipnozie. W stanie tym występuje w nadkresowej samowiedzy tego człowieka cały tok rozmowy, który wśród roztargnienia przejęła podkresowa samowiedza.

przyjęcia rozdwajającej się i rozpadającej osobowości i indywidualności. Według mego mniemania możemy tu raczej przyjąć grupowanie się i wahanie pierwiastków i utworów psychicznych, a w następstwie dalszem wahania się wyobrażeń, prostych i złożonych uczuć, wzruszeń, popędów, myśli, pojęć, władz, pod- i nadkresowej samowiedzy i t. d. poniekąd około jednego środowiska, które uważać należy jako indywidualność psychiczną [1]). Wymienione zaś czynniki grupują się tu, wahają i stopniują ilościowo i jakościowo, w szerokiej bardzo skali, stósownie do drażliwości i wrażliwości, do konstytucyi psycho-fizycznej danego osobnika, w miarę siły i jakości wstrząśnień, które wywołały histeryę (Charcot, Freud i Breuer), a wreszcie w miarę siły i jakości czynników, wywołujących poszczególne zboczenia, zaburzenia i napady histeryczne.

Wypada mi tu jeszcze poświęcić kilka uwag sensacyom, łączącym się z odruchami ścięgnistymi. Jarisch i Schiff podają, że wielka liczba rzekomo zdrowych osobników skarży się, zwłaszcza po kilkakrotnem wywołaniu odruchu kolanowego, to na uczucie uderzania krwi do głowy, to na sensacyę trudno opisać się dającego lęku, to wreszcie na uczucie bicia serca. Często można zauważyć zmianę zabarwienia twarzy u osobników, poddawanych doświadczeniom. W niektórych zaś przypadkach następowało omdlenie. Zaburzenia te tłómaczą Jarisch i Schiff nieprawidłowościami, wywołanemi w narządzie naczynioruchowym, opierając się na doświadczeniach, robionych sfygmomanometrem Bascha, które wykazywały wahania w ciśnieniu krwi. Sternberg wspomina, że u niektórych osobników może powstawać w połączeniu z odruchami ścięgnistymi rodzaj zwiastuna (aura), będącego wstępem do lęków lub napadów drgawkowych. Ten sam badacz opisuje dalej przypadek histeryi, w którym stwierdzić się dawała strefa nadczuła po nad więzadłem rzepkowem. W przypadku tym występowały, po wywołaniu od ruchu kolanowego prawostronnego, odruchy ogólne, nadto łączyły się z objawami tymi sztywność w nodze prawej i bóle gwałtowne, zwłaszcza przy zginaniu jej biernem, które na wielki napotykało opór.

W podanym przeze mnie pierwszym przypadku histeryi (Spostrzeżenie I) okolica pomiędzy szczytem rzepki, a górnym przednim brzegiem piszczeli jest nie tylko odruchowym, lecz zarazem i histerotwórczym okręgiem *(zone spasmogène)*, mówiąc słowami Regnarda, Bournevilla, Richera, Pitresa i innych badaczy francuzkich. Uderzenia w miejsce rzeczone nie wywołują wprawdzie kurczów, równających się co do siły kurczom w typowych napadach histerycznych, powodują jednakże, jak wśród ostatnio wymienionych napadów, drgania ciała całego. Dalej, równoczesnem następstwem wzmiankowanego uderzenia jest niemiła sensacya, potęgująca się po kilkakrotnem powtórzeniu jego aż do uczucia lęku.

W rysach oblicza zaznacza się nastrój psychiczny pacyenta nie tylko osłupieniem i lękiem, ale raczej przerażeniem, połączonem z wyrazem bólu. Świadczą za tem z jednej strony szeroko otwarte z rozszerzonemi źrenicami osłupiałe oczy, podniesione brwi i opadła szczęka dolna. Z drugiej strony ściągnięcie brwi i mięśnia czołowego. (Por. dzieło Duchenna *„Mécanisme de la physionomie humaine“* Fig. 64 Oblicze drugiego chorego na histeryę (Spostrzeżenie II) przybierało wśród tych samych warunków wyraz osłupienia i przerażenia, okazujący te same rysy charakterystyczne, co w przypadku pierwszym, a oprócz nich drżenie całego ciała, zgrzytanie zębami i kurczowe ruchy rąk. — Wywołanie odruchu kolanowego u pacyentki pierwszej, chorej na nerwowość (Spostrzeżenie III) uwydatnia się na twarzy wyrazem bólu, (por. Duchenne ibid. fig. 23), podczas gdy zwierciadło samowiedzy u chorej odbija nie uczucie bólu, ale jakieś niewyraźne, określić się bliżej nie dające, nieprzyjemne uczucie w miejscach uderzenia. Druga pacyentka nerwowa (Spostrzeżenie IV) odczuwa w danych okolicznościach sensacyę łechtania w palcach nogi odnośnej, a zarazem bliżej się oznaczyć nie dające uczucie lęku. Wśród sensacyj tych marszczą się lekko brwi pacyentki; ciało jej drży silnie, prawe przedramię zgina się lekko i wykonuje wyraźne ruchy odwracające *(Supinationsbewegungen)*. — W przypadku, dotyczącym chorego na niedomogę nerwową (Spostrzeżenie V), łączy się odruch kolanowy, jak w poprzednim, z nieokreśloną i niemiła sensacya, odczuwaną w miejscu uderzenia. Kurcz mięśni w twarzy chorego wyraża ból. (Duchenne fig. 23).

Wspomnieć mi tu należy jeszcze kilka słów o pojawianiu się i znikaniu odruchów ścięgnistych. Mam tu w szczególności na myśli drgawki w nodze. Odruch ten spostrzegałem tylko raz jeden w drugim przypadku nerwowości (Spostrzeżenie IV) i to w stanie nadzwyczajnego rozdrażnienia, w jakiem się chora w chwili badania znajdowała. Drgawki te łączyły się z odruchem kolanowym, były z nim wywołane jednocześnie uderzeniem w więzadło rzepkowe. Później gdy chora była spokojniejszą, nie udało mi się ich już ani razu wywołać. — Sprawa ta zdaje mi się być ważną z powodu polemiki, która w ostatnim czasie wszczęła się pomiędzy Gowersem a Bechterewem. Podczas gdy pierwszy uważa drgawki w nodze za znak i dowód niezbity organicznego zachorzenia rdzenia, Bechterew w niektórych li tylko razach widzi w nich zaburzenie czynnościowe, stwierdziwszy je w przypadkach histeryi, *myoclonus multiplex*, *akinesia algera* i t. d. — W przypadkach *akinesia algera* spostrzegał Bechterew drgawki w nodze jedynie w pewnym okresie tego cierpienia. Odruch ten występował tak tu, jak i w przypadkach *myoclonus multiplex*, silniej po jednej stronie.

Spostrzegany przeze mnie odruch ten w przypadku nerwicy wzmiankowanej przemawia stanowczo przeciw teoryi Gowersa, a potwierdza zapatrywania Bechterewa. Teryi Gowersa nie potwierdzają zresztą i doświadczenia Bergera, który zdołał wywołać drgawki w nodze u trzech zupełnie zdrowych osobników.

Jeżeli w pierwszym artykule, odnoszącym się do nieprawidłowości odruchów w wiądzie rdzenia, miałem na oku poza zestawieniem dostępnego mi piśmiennictwa pomnożenie tu należącej kazuistyki, to w rozprawie niniejszej nasuwają mi się, na podstawie danych z literatury i własnych spostrzeżeń, przypuszczenia następujące:

1) Zmiany ilościowe i jakościowe odruchów w nerwicach zdają się być zależne od wzmożo-

---

[1]) Potwierdza to i symbol językowy, wyrażając przez indywidualność niepodzielność, czyli jednostkę.

nej lub osłabionej pobudliwości[1]) tak samego łuku odruchowego, jak i szlaków i ośrodków rdzenia i mózgu, będących z nim w związku (wpływy torujące i hamujące), nadto od nastroju psychofizycznego: (równowaga, rozdrażnienie, przygnębienie i t. d.), w którym się w chwili danej znajduje chory.

2) Wstrząśnienie, wywołane uderzeniem w więzadło rzepkowe, nie ograniczało się na niem, na nerwach czuciowych, na ścięgnach, mięśniach, kościach, okostnej, powięziach, rdzeniu, nerwach ruchowych (Sternberg i Eulenburg), lecz odbijało się za pośrednictwem ośrodków mózgowych[2]), jak przyjąć należy, w nadkresowej samowiedzy chorych, przyczyniając się zarazem do powstania w niej pewnych nastrojów psychicznych.

3) Nastroje te rysowały się na twarzy wyrazem wzruszenia[3]); wyraz ten nie odpowiadał im jednakże ściśle ani co do jakości, ani co do siły[4]).

Piśmiennictwo.

I.

1) *Archiv für Psychiatrie* Tom V. Bd. 1874, S. 792—802 Über Sehnenreflexe bei Gesunden und bei Rückenmarkskranken von Prof. Dr. W. Erb. 2) *Ibidem* T. V. Bd. S. 803—834 Über einige Bewegungserscheinungen an gelähmten Gliedern von Prof. C. Westphal. 3) *Deutsches Archiv. f. klinische Medicin* 24 Bd. 1879. S. 1—52. Zur Pathologie der Tabes dorsalis von Prof. Dr. Erb. 4) Neurologische Beiträge von P. J. Moebius 1894, S. 1—154 Zur Lehre von der Tabes. (Omówienie więcej niż 1000 artykułów, odnoszących się do etyologii i kazuistyki wiądu rdzenia; uwagi krytyczne, zebrane z roczników Schmidta od r. 1880 do 1894). 5) *Medic Jahrbücher Jahrg.* 1882. S. 261—307. Untersuchung über d. Kniephaenomen von Dr. Jarisch u. Dr. E. Schiff. 6) *Archiv f. Psychiatrie* XVII Bd. S. 547—576, 1886. Über Fortdauer des Kniephaenomens bei Degeneration der Hinterstränge von Prof. C. W. Westphal. 7) *Ibidem* Bd XVII. S. 693—716. Zur Frage über die combinirten Systemerkrankungen des Rückenmarks v. Privat-doc. Dr. A. Erlicki u. Dr. J. Rybalkin. 8) *Deutsches Archiv f. klin. Medicin.* 35 Bd. 1884, S. 254—265. Über d. Kniephaenomen v. Prof. Dr. Julius Schreiber. 9) *Neurolog. Centralblatt.* 1895. S. 354—363 u. S. 403—407. Zu der Symptomatologie der progressiven Paralyse u. Epilepsie von Dr. Hillenberg. 10) Pathologie u. Therapie der Nervenkrankheiten von Dr. L. Hirt. 1890. S. Abschnitt über Tabes. S. 483—526. 11) Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie II Bd. (Krankheiten des Nervensystems) 1892 von Prof. Dr. A. Strümpell. S. 215—247. Artikel über Tabes dorsalis. 12) Beitrag zum Faserverlauf im Hinterhorn des menschlichen Rückenmarks und zum Verhalten desselben bei Tabes dorsalis von Dr. H. Lissauer. *Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankh.* S. 377—438. Bd. XVII. 13) *Ibid.* Bd. XVII. S. 483—517. Über Anomalien der Empfindung und ihre Beziehungen zur Ataxie bei Tabes dorsalis von Dr. Bolko Stern. (Aus d. Nervenklinik Prof. Westphals). 14) Zur Symptomatologie der Tabes. *Centralblatt für medicinische Wissenschaften* 1880 von Fischer 15) *Schmidtsche Jahrb.* Bd. 257. S. 135. Ref. aus d. Americ. Journ. of med. Sc. CXI 3, p, 306, March. 1896. The crossed knee-jérk by S. S, Risien Russel. 16) *Ibid.* Bd. 257. S. 81. Ref. z rozprawy Dra Simerka: Contribution statistique à la symptomatologie du tabes dorsalis. Revue neurologique IV, 13 p. 385, 1896. 17) *Neurolog. Centralblatt VII.* 1888. Nr. 19 u. 20. Über die Ungleichheit d. Kniephaenomens bei Tabes dorsalis von Dr. S. Goldflam. 18) *Ibidem VIII*, 1889 Nr. 17. Einige qualitative Varietäten des Kniephaenomens von Prof. Dr. Moritz Benedikt. 19) *Ibidem VIII*, Nr. 19. Einige qualitative Varietäten des Kniephaenomens von Prof. Dr. M. Benedikt. 20) *Ibidem IV*, 1885 Nr. 18. Zur Untersuchungsmethode des Kniephaenomens von Dr. E. Jendrassik. 21) Beiträge zur Lehre von den Sehnenreflexen von Dr. Jendrássik. *Deutsch. Archiv f. klin. Medicin.* Bd. XXXIII. S. 177. 22) Die Sehnenreflexe und ihre Bedeutung für die Pathologie des Nervensystems von Dr. Maximilian Sternberg 1893. S. 114, 119, 178—180, 215—216, 268, 280. 23) *Jahresberichte über d. Leistungen d. gesammten Medicin. von Virchow u. Aug. Hirsch* 1885 I. S. 244. Referat rozprawy Prusa, »O przyrodzie drżenia i odruchów ścięgnistych« z *Przeglądu lekarskiego* 1885 Nr. 5 i 6. 24) Eulenburgs Realencyclopädie d. gesammten Heilkunde XIX Bd. Tabes dorsualis v. Leyden, S. 421—473. 25 Encyclopädische Jahrbücher I. Jahrg. 1891. Tabes dorsalis v. Eulenburg, S. 649—652 26) *Ibidem* II Jahrg. 1892. Tabes dorsalis v. Eulenburg S 646—651. 27) *Neurolog. Beiträge von* P. J. Möbius 1894, IV Heft. Über reflectorische Pupillenstarre. S. 112—114.

II.

1) Landois: Lehrbuch der Physiologie des Menschen, VIII Auflage 1893, § 362. Reflexe im Rückenmarke. S. 775—779. § 363 Hemmung d. Reflexe. S. 779—782 § 364. Centra im Rückenmarke, S. 782—784. § 365 Erregbarkeit d. Rückenmarks S. 784—787. § 366. Leitungsbahnen im Rückenmarke, S. 787-790. § 367. Das Gehirn, S. 790—797. § 351. Nervus facialis. S. 739—744. 2) Johannes Ranke: Grundzüge der Physiologie des Menschen, IV Auflage. 1881. Die Reflexe. S. 977—986. Reflexhemmung, S. 986—988. Automatische Centren, S. 988—992. Koordinirte Bewegungen, S. 993—996 – Leitungswege d. Erregung in den nervösen Centralorganen, S. 996—999. 3) Sternberg: Die Sehnenreflexe und ihre Bedeutung für die Pathologie des Nervensystems 1893. 4) Lehrbuch d. speciellen Pathologie u. Therapie d. inneren Krankheiten von A. Strümpell 1892, II Bd.: Krankheiten d. Nervensystems. Neurosen, S. 464—553 *Ibid.* Prüfung u. Verhalten d. Reflexe, S. 65—71. 5) Pathologie u. Therapie der Nervenkrankheiten von Dr. L. Hirt 1890. Reflexe S. 351—352 u. d. entspr. Kapitel über Neurosen. 6) Pathologie u. Therapie der Neurasthenie u. Hysterie von Dr. Loewenfeld 1894. S. 171—173 (über Reflexe). 7) Charcot: Leçons du mardi à la Salpêtrière. Policlinique 1888/89. 8) Jahresbericht über die Leistungen u. Fortschritte in d. gesammten Medicin von Virchow u. Aug. Hirsch 1885. Ref. z Przeglądu Lekarskiego 1885 Nr. 5 i 6 Prus: »O przyrodzie drżenia i odruchów ścięgnistych«. 9) *Ibid.* Jahrg 1898. Ref. o pracy Stewarta, odnoszącej się do odruchów ścięgnistych skrzyżowanych. 10) *Deutsches Archiv für klinische Medicin* Bd. 24. S. 175—191. Zur Kenntniss der Sehnenreflexe v. Dr. A. Strümpell. 11) *Archiv für Psychiatrie* Bd. XIII. Zur Lehre von den Haut — u. Sehnenreflexen von Dr. Arthur Schwarz. S. 621—657. 12) *Neurolog. Centralblatt* 1893. S. 4—10 u. S. 43—47. Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phaenomene von Dr. Josef Breuer u. Dr. Sigm. Freud. 13) *Ibid.* 1895. S. 1157—1166: Über wenig bekannte Reflexerscheinungen bei Nervenkrankheiten und über die diagnostische Bedeutung des sogenannten Fussphaenomens und der Sehnen- u. Hautreflexveränderungen von Prof. W. von Bechterew. 14) *Ibid.* 1885. S. 290—300. Die sensiblen und sensorischen Nervenbahnen u. Centren von G. Jelgersma. 15) *Archives de Neurologie.* Paris 1893. P. 417—438. Quelques définitions récentes de l'hystérie par M. Pierre Janet. 16) Frederick Meyers (Cambridge): »The subliminal consciousness" in Proceedings of the society for psychical research vol. VII. S. 301—306. 17) Über Sehnenreflexe von Prof. Dr. Berger im *Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie u. gerichtliche Psychopathologie 2 Jahrg.* 1879. S. 73—79. 28) *Ibid.* 1879. S. 193—208. Über die diagnostische Bedeutung der Reflexe insbes. der Bauchreflexe von Dr. Ottomar Rosenbach. 19) *Archives de Neurologie* 1896, tom I, p. 216—217. Ref. z The New-York medical Journal 1895: Le réflexe du genou au point de vue diagnostic par William Leszczyński. 20) *Ibidem* 1896 tome II, p. 469. Ref. aus The alienist and neurologist 1896: Leçon sur les réflexes par le Dr. Hughes. 21) *Ibid.* 1897 tome II, p. 151—152. Essai sur le rôle psychologique de l'action réflexe par Joseph Mathis. 22) Die diagnostische u. prognostische Bedeutung des Kniephaenomens vom Privat. Doc. Dr. A. Cramer. *Münchener med. Wochenschr.* 1895. Nr. 46 u 47. 23) Encyclopädische Jahrbücher der gesammten Heilkunde IV Jahrgang 1894. S. 515—524. Sehnenreflexe: Artikel von Bruns. 24) *Ibidem* V Jahr-

[1]) Pobudliwość ta może być znowu zależną od krążenia, oraz ilości przepływającej krwi i limfy, od ich składników chemicznych, — wogóle od warunków odżywczych i życiowych.

[2]) W cennej doświadczalnej pracy swej: »O objawach występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórków czworaczych« (por. *Przegląd Lekarski* r. 1899. Nr. 39, 40, 41 i 42) podaje J. Prus, że stwierdził u psa pod wpływem podrażnienia wzmiankowanego wzgórka czworaczego przedniego pomiędzy innymi objawy złości, znaczące się pomrukiwaniem lub warczeniem i wstrząsaniem głową lub całem ciałem. Zastósowanie zaś tego samego podrażnienia na tylny wzgórek czworaczy przez tegoż badacza wywoływało prócz innych objawy strachu, za czem przemawiał krzyk, skomlenie, wycie i całe zachowanie się zwierzęcia.

[3]) Por. dzieło Mossoa: »Die Furcht« tłómaczenie niemieckie W. Fingera, 1889) mianowicie rozdziały: »Der Gesichtsausdruck« str. 143—153. »Die Physiognomie des Schmerzes« str. 172—188.

[4]) Okoliczność ta polegać może zdaniem mojem 1) na trudności rozgraniczenia i oznaczenia danych nastrojów psychicznych ze strony osobników odnośnych; 2) na niezwykłej trudności samej obserwacyi, a mianowicie na trudności lub niemożliwości rozróżniania nad wyraz subtelnych stopniowań i odcieni, zachodzących w rysach wymienionych nastrojów, znaczących się na twarzy. — Co do punktu drugiego nadmienia n. p. Mosso, że niemożliwem mu było u wielu osobników rozróżnić w wyrazie twarzy natężenie od cierpienia. (Por. Ibid. »Über Ausdruck der Stirne und des Auges«). Por. nadto dzieło Darwina: „Der Ausdruck der Gemüthsbewegungen bei den Thieren und dem Menschen« (tłómaczenie niemieckie V. Carusa) str. 12, gdzie Darwin podnosi wyraźnie niezmierną trudność obserwacyi wyrazu wzruszeń na twarzy, z powodu, że wyraz ten znaczy się częstokroć bardzo nieznacznymi ruchami, bardzo szybko przemijającymi.

gang 1895. S. 591—593, Sehnenreflexe: Artikel von Bruns. 25) Localzeichen u. Organgefühle von Prof. Ernst von Fleischl. Med. Jahrb: S. 91—104. Wien 1882. 26) Die Hydrotherapie auf physiologischer und klinischer Grundlage von Dr. Wilhelm Winternitz 1890 I Bd. S. 1 21. Das Wasser als therapeutisches Agens. S. 22—37. Wirkungsweise des gewöhnlichen Wassers. S. 87—102. Reflexwirkungen thermischer Einflüsse. S. 253—277. Thermische Einflüsse auf den Stoffwechsel. 27) Der Ausdruck der Gemüthsbewegungen bei den Menschen u. den Thieren von Charles Darwin. Aus dem englischen übersetzt von J. Victor Carus 1872. S. 12. n. S. 284—315. (Überraschung, Erstaunen, Furcht, Entsetzen). 28) Mécanisme de la Physionomie humaine ou Analyse électro-physiologique de l'expression des passions par le docteur G.-B. Duchenne (de Boulogne). Por. Atlas, Fig 23 i 63, nadto: Tableau synoptique: douleur, surprise, étonnement, frayeur, effroi, effroi avec douleur; — wreszcie Muscles de la douleur. 29) Die Thatsachen der Wahrnehmung von Dr. H. Helmholtz Berlin 1879. Beilage I. Über die Localisation der Empfindungen innerer Organe. S. 47—50. 30) Die Furcht, von A. Mosso. Aus d. Italienischen übersetzt von W. Finger 1889. S. 29—45. Die Reflexbewegungen und die Functionen des Rückenmarks. S. 143—153. Der Gesichtsausdruck. S. 154—171. Ausdruck der Stirne u. des Auges. S. 172—188. Physionomie des Schmerzes. 31) Über Gemüthsbewegungen: Eine psycho-physiologische Studie von Dr. C. Lange, Prof. d. Medicin in Kopenhagen, Autoris. Übersetzung v. Dr. H. Kurella 1887. S. 21—27. Der Schreck. 32) Grundriss der Psychologie von Wilhelm Wundt 1896. Die psychischen Elemente, S. 33—45. Die psychischen Gebilde S. 106—109. Die Affecte S. 198—214. Die Associationen S. 267—291. Psychische Zustände S. 314—323. 33) Neurologische Beiträge von P. J. Moebius 1894 I Heft; a) Über d. Begriff der Hysterie S. 1—6; b) Ibidem Heft I. Thatsächliches u. Hypothetisches uber das Wesen der Hysterie. S. 20—24. c) *Ibid.* Weitere Erörterungen über d. Begriff der Hysterie. S. 24—31; d) II Heft: Nervosität u. Bemerkungen über die Neurasthenie S. 62—97; c) Über Neurasthenia cerebralis S. 98—103. 34) *Przegląd lekarski* r. 1889 Nr. 39, 40, 41 i 42. O objawach występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórków czworaczych podał Prof. Dr. J. Prus 35) Proceedings of the society for psychical research vol. VI. S 225. (Spostrzeżenie Forela).

IV. Jeszcze o hematynie obojętnej.

Podał

Dr. W. Arnold.

Przedewszystkiem z naciskiem zauważyć muszę, że artykułu prof. Wachholza („Kilka słów jeszcze w sprawie hematyny obojętnej“ *Przegląd Lekarski* Nr. 10, 1900) uważać nie mogę za odpowiedź na tak wyczerpujące i sumiennie zestawione szeregi moich zarzutów. Mimo to odpowiem prof. Wachholzowi na kilka punktów w jego artykule:

1. Życzy sobie mieć prof. Wachholz roztwór hematyny obojętnej, jednak nie wyskokowy. Powiada on, że „gdybym potrafił uzyskać swą hematynę obojętną w wodnym rozczynie bez dodatku alkoholu, przez niego kwestyonowanego, w takim razie przyznałby się otwarcie, a nawet z radością, do mylki w sądzie“. Dziwią mnie te słowa tem więcej, że w kilku miejscach w mych rozprawach wyraźnie zauważyłem, że to jest możliwe. Wprawdzie wodnego roztworu hematyny obojętnej otrzymać nie możemy, ależ zdaniem mojem idzie jedynie o to, aby wykazać, że hematyna obojętna wytworzyć się może bez najmniejszego dodatku alkoholu. Dlaczego prof. Wachholz nie korzystał z mych wskazówek, tego doprawdy nie wiem. Przypomnę mu jednak, że hematynę obojętną otrzymać można z łatwością z roztworu obojętnej methemoglobiny przez dodanie kilku sześć. ctm. chloroformu (do 10—15 sześć. ctm. roztworu methemoglobiny) i następujące skłócenie. Już po kilku sekundach zmienia się barwa brunatna płynu na jasno-czerwoną, płyn ulega równocześnie zmętnieniu, gdyż wydziela się hematyna obojętna w postaci kłaczków, które po pół godz. tworzą na dnie jasno-czerwoną warstwę. Jeżeli strąt ten zbierzemy na sączku, następnie chloroform usuniemy, a nieco jeszcze wilgotny osad między dwiema płytkami szklanemi poddamy znaczniejszemu ciśnieniu, otrzymać można warstewkę tak cienką i przeźroczystą, że z łatwością może być badana przyrządem widmowym. Możemy wówczas stwierdzić widmo hematyny obojętnej, tak zasadniczo różne od widma hemochromogeny. Tak więc posiadałby prof. Wachholz hematynę obojętną, otrzymaną bez alkoholu. (Również i za pomocą eteru, — choć trudniej nieco, — otrzymać można hematynę obojętną z roztworu methemoglobiny). Otrzymać można jednak hematynę obojętną również i przez zagotowanie roztworu krwi lub oksyhemoglobiny. Na zapytanie więc prof. Wachholza, czy „widziałem i badałem tę hematynę obojętną, otrzymaną przez zagotowanie obojętnego rozczynu O-Hb“, odpowiedzieć mu mogę znów opisem postępowania mojego. Otóż nieco odwłóknionej krwi, rozcieńczonej 1—2 obj wody, gotuję w szalce porcelanowej. Gdy już płyn zupełnie zbrunatnieje, odlewam część płynną, a następnie kilkakrotnie przemywam otrzymany strąt wodą, oraz 1—2 razy jeszcze go zagotowuję. Otrzymuje się strąt brunatnawo-czerwonawej barwy, który zbiera się na sączku. Nieco z tego strątu, jeszcze wilgotnego, znów poddaje się większemu ciśnieniu między dwiema płytkami szklanemi, aby otrzymać warstewkę przeźroczystą, którą bada się następnie spektroskopem. (W celu otrzymania przeźroczystszych preparatów można ostrożnie oba szkiełka rozsunąć, poczem warstewkę barwika rozjaśnia się w zwyczajny sposób zapomocą xylolu, olejku cedrowego lub balsamu kanadyjskiego). Otrzymuje się w ten sposób preparaty zupełnie przeźroczyste, okazujące nader wyraźnie znamienne widmo hematyny obojętnej. Barwa tej hematyny jest czerwoną z odcieniem żółtawym). (Metody tej jednak do wytworzenia hematyny obojętnej polecić nie mogę, gdyż otrzymany barwik jest zawsze, zwłaszcza w grubszej warstwie, brunatnawy). Zapomocą metod, podanych przezemnie, otrzymuje się hematynę obojętną daleko piękniejszą, czy to z roztworu methemoglobiny zapomocą chloroformu, czy przez zobojętnienie wyskokowego roztworu hematyny zasadowej. Widocznie gotowanie zmienia barwik. Jestem jednak zupełnie w prawie utrzymując, że przez gotowanie z barwika krwi otrzymujemy hematynę obojętną. Tego wszystkiego jednak prof. Wachholz nie uwzględnił, bo wygodniej badać roztwory. Tak tedy posiadałby prof. Wachholz aż 3 sposoby wytworzenia hematyny obojętnej bez współudziału alkoholu, a mimo to nadal będzie utrzymywać, że hematyna obojętna jest hemochromogeną.

2. Co do liczb, podanych przez prof. Wachholza dla smug pochłonnych hemochromogeny, to chciałbym zwrócić jego uwagę na tę okoliczność, że takie określenie położeń tych smug, jak je podaje Hoppe-Seyler w miejscu, zacytowanem przez prof. Wachholza, jest tak nieścisłem, że żadną miarą nie może być uważanem za miarodajne. Tych różnic w oznaczeniu smug nie tłómaczy bynajmniej, jak chce prof. Wachholz, — różne zgęszczenie rozczynów, gdyż takich liczb nie otrzymuje się, ani, jeżeli weźmiemy roztwory silnie rozcieńczonej hemochromogeny, ani też biorąc roztwory o znaczniejszej zawartości barwika. Są one bowiem błędne.

3. Co do barwy roztworu hemochromogeny, to chciałbym jeszcze zwrócić uwagę prof. Wachholza, że barwę tę autorowie określają jako czereśniową, wiśniową lub purpurową. Dla każdej z tych barw jest właściwym odcień fioletowy (to zn. otrzymuje się te barwy przez domięszanie do barwy czerwonej nieco niebieskiej, względnie fioletowej). Jeżeli więc roztwory, otrzymane przez prof. Wachholza, nie posiadały tej barwy, tylko czerwoną z odcieniem żółtawym, nie były w właściwy sposób przyrządzone. (Sam demonstrowałem kilku kolegom roztwory hematyny obojętnej i hemochromogeny, oraz hematynę i hemochromogenę, strącone z roztworów. Bez wahania wszyscy stwierdzali olbrzymią różnicę, zachodzącą w barwie i w widmie tych roztworów, oraz osadów).

Dalsze zwalczanie niejasnego w dodatku artykułu prof. Wachholza (szczególniej tyczy się to ustępu: „Co do 4 cechy“) uważam za zbyteczne.

Żywię nadzieję, że po odczytaniu tej polemiki nieuprzedzeni, o ile znajomość spektroskopii krwi nie jest im obcą, znajdą się po mojej stronie. Polemikę tę jednak uważam i z mojej strony obecnie za zamkniętą.

V. Oceny i sprawozdania.

Dr. Blau. **Encyklopaedie der Ohrenheilkunde.** Vogel, Lipsk, 1900 r.

Wydawca postawił sobie zadanie złożenia świadectwa o wysokiem znaczeniu naukowem otyatryi w naszych czasach, a z drugiej strony ułatwienia szerokiemu kołu lekarzy zapoznania się w najdogodniejszy sposób z zdobyczami tej gałęzi medycyny. Krótkość, zwięzłość i treściwość jest główną cechą tego dzieła. Zawiera ono ścisłe a dokładne przedstawienie wszystkich tu należących zagadnień, z uwzględnieniem najnowszych zdobyczy. Anatomia, fizyologia, patologia i terapia są uwzględnione w równej mierze. Ułożenie materyału alfabetyczne pozwala każdemu lekarzowi zoryentować się naprędce w sprawach, dotyczących ucha i jego okolicy, czego z równą szybkością osiągnąć niepodobna przy pomocy podręcznika systematycznego. W podobny sposób przedstawione są różne stany chorobowe, stojące w związku z chorobami usznemi, bądź to jako czynniki etyologiczne, bądź też jako cierpienia następowe lub wikłające.

O sumiennem i głęboko pomyślanem opracowaniu tej Encyklopedii świadczą głośne i zasłużone w nauce imiona Baginskiego, Gradenigi, Habermanna, Politzera, Urbentschischa, Zuckerkandla, Jakobsohna, Jansena i w. i. którzy w wydaniu omawianego dzieła udział wzięli. Mamy więc przed sobą zsumowany wynik bogatego doświadczenia i gruntownych badań pierwszorzędnych powag naukowych w zakresie otyatryi. Nazwisko wydawcy, zaszczytnie znanego także czytelnikom *Przegl. Lek.* z „Bericht über die Leistungen in der Ohrenheilkunde“, wychodzącego co 2 lata, oraz z innych cennych prac naukowych, daje również rękojmię dokładności i należytego zestawienia materyału.

Szczegółowe krytyczne omówienie takiego dzieła nie jest możliwem; możemy tylko zapewnić czytelnika, że stanowi ono skarbnicę, z której każdy lekarz, teoretyk i praktyk zarówno, jak i specyalista, czerpać może.

Wykwintne wydanie tego dzieła odpowiada zupełnie cennej jego treści i zasługuje na szczególne zaznaczenie.

Spira.

VI. Wyciągi.

Prof. Schüller. **Polyarthritis chronica villosa a arthritis deformans.** *(Berliner klinische Wochenschrift* 1900, Nr 5, 6, 7). S. udowadnia na zasadzie 20 swoich, dokładnie klinicznie, anatomicznie, histologicznie i bakteryologicznie zbadanych przypadków, które zdołał za pomocą operacyi wyleczyć, że powstawanie polipowatych kosmków błony maziowej stawów, acz (w mniejszym stopniu) zdarzające się w zapaleniu stawów zniekształcającem, może występować samoistnie, jako choroba *„sui generis“* t. zw. *„polyarthritis chronica villosa“*. W cierpieniu tem, występującem głównie w wieku młodym wśród wielkich samoistnych bólów z bardzo szybkiem upośledzeniem ruchów, nie ma nigdy zmian w kościach, ani w chrząstkach stawowych; natomiast *„arthritis deformans“* rozwija się w wieku starszym, bez samoistnych bólów, z upośledzeniem ruchów zwolna się rozwijającem i zawsze ze zmianami w powierzchniach stawowych. Rozróżnienie przez dokładne obmacanie stawów jest łatwe; röntgenografia może być pomocną, ale nie decydująca. *„Polyarthritis chronica villosa“* jest chorobą zakaźną, wywołaną przez szczególne prątki postaci ciążków gimnastycznych, dające się w tych przypadkach zawsze wyhodować i wywołujące u zwierząt zupełnie takie samo schorzenie stawów nietylko po wstrzyknięciu do samych stawów, ale nawet po zaszczepieniu do substancyi gąbczastej sąsiednich kości; zmiany torebki maziowej są tu pierwotne i jedyne. W *arthritis deformans* zmiany torebki maziowej są wtórne, pierwotne są zmiany w chrząstkach i kościach, wywołane nie przez czynnik zakaźny, ale przez zaburzenia ogólnej przemiany materyi. S. powiodło się stwierdzić, (histochemicznie), że w *„arthritis deformans“* zawierają chrząstki stawowe nadmiar soli wapniowych, który w ustroju zostaje zatrzymany (badania przemiany materyi Noordena i Rumpfa) i w chrząstkach się odkłada; nie omieszkał zaś S. sprawdzić, że takiego gromadzenia się soli wapniowych w chrząstkach stawowych niema ani w stanie prawidłowym, ani w *polyarthritis chronica villosa.* Obecność tego nadmiaru soli wapniowych w *arthritis deformans* wywołuje właśnie rozwłóknienie i rodzaj obumierania chrząstki, pobudzając równocześnie sąsiednie części do nadmiernego bujania, a wybujałości doprowadzając do skostnienia. W *arthritis deformans* pojawia się również nadmiar soli wapniowych w schorzałej torebce stawowej. To pojmowanie *arthritis deformans*, jako choroby przemiany materyi, wyjaśnia łatwe powstawanie jej w jednym stawie po urazie, złamaniu i t. p., które stwarzają w danym stawie *locus minoris resistentiae* dla odkładania się soli wapniowych zatrzymywanych w nadmiarze w ustroju. Natomiast bakterye nie grają, zdaniem S., w powstawaniu *arthritis deformans* żadnej roli. Różnica zasadnicza między *arthritis deformans* a *polyarthritis chronica villosa* okazuje się wreszcie *ex juvantibus.* S. zupełnie inaczej leczy zniekształcające zapalenie stawów, a inaczej *polyarthritis villosa* i temu odmiennemu leczeniu zawdzięcza dobre wyniki. W *arthritis deformans*: żywienie środkami, zawierającymi mało wapna; (dyeta mleczna jest z tego powodu niestósowna), leczenie karlsbadzkie, mięsienie, natryski ciepłe sprowadzają większą swobodę ruchów w zajętych stawach i zmniejszają bóle. Skuteczność tego leczenia objawia się wzrostem zawartości wapna w moczu; w kilku przypadkach osiągnął S. zupełne wyleczenie. Natomiast leczenie to jest w *polyarthritis chronica villosa* albo zgoła bezskuteczne, lub nawet szkodliwe, z wyjątkiem kąpieli i natrysków, które niekiedy w początkach choroby wywierają wpływ korzystny. Natomiast dzielnym środkiem obok wycięcia schorzałych części torebki stawowej jest w tej chorobie, zwłaszcza w przypadkach ze zmianami w wielu stawach, wstrzykiwanie do nich mięszanki gwajakolowo-jodoformowo-glicerynowej. Wstrzykiwania takie w miarę potrzeby należy powtarzać co 12 dni. S. wypróbował ich wartość na 128 przypadkach, osiągając przy dobrem wykonaniu wstrzykiwań bądź wyleczenie, bądź znaczne polepszenie. W każdym razie wstrzykiwania te wymagają więcej czasu, niż operacya i nie chronią napewno od nawrotów, zato są w wykonaniu prostsze. Ważnem jest leczenie następowe: ruchy bierne i czynne, mięsienie i t. p, przyczem zaleca się wewnętrzne zażywanie gwajakolu lub tiokolu. *Ciechanowski.*

Bandler. **W sprawie powstawania skórzaków.** *(Cystis dermoidalis).* (Doniesienie tymczasowe). (*Berl. kl. Wochs.* 1900/7). B. sądzi, że pewne komórki lub narządy zarodkowe pociągają za sobą bezpośrednio komórki, przeznaczone do wytworzenia innych tkanin; te zabrane z właściwego miejsca komórki wytwarzają potem taką tkaninę, jaką wytworzyłyby w warunkach prawidłowych w miejscu właściwej swej siedziby. Mimo ubytku komórek nie powstaje luka w właściwej ich siedzibie, gdyż cała sprawa toczy się w tym okresie życia płodowego, w którym ubytek komórek z łatwością się wyrównuje. Tak np. jeżeli prajelito, pierwotnie stykające się ze wszystkiemi blaszkami zarodkowemi, obniżając się potem w dalszym rozwoju ku odbytowi zabierze ze sobą komórki innych blaszek, wówczas powstaną skórzaki okolicy krzyżowej. Podobną rolę w powstawaniu skórzaków narządów płciowych odgrywa przewód Wolfa. Nie ma zaś potrzeby uciekać się do innych tłómaczeń, usiłujących wyjaśnić znajdowanie

się składników wszystkich trzech blaszek zarodkowych w skórzakach, a błąkających się wśród hipotez nieraz zbyt śmiałych.
Ciechanowski.

Dr. Emil Klein. **Żołądek kształtu klepsydry jako następstwo nadżarcia kwasem solnym.** *(Gastroduodenostomia). (Wiener klinische Rundschau,* Nr 5, 1900). Kobieta 27 letnia wypiła w zamiarze samobójczym 2 decilitry kwasu solnego dymiącego, pomieszanego z fosforem z 4 paczek zapałek. Ponieważ po 2-miesięcznem objawowem leczeniu stan chorej nie tylko się nie poprawiał, ale ustawicznie się pogarszał, przystąpiono do operacyi zwężenia odźwiernika. Po otworzeniu jamy brzusznej przedstawił się żołądek silnie zasznurowany w odległości 3 palców od odźwiernika ku wpustowi, czyli typowy obraz żołądka klepsydrowatego, którego obydwa odcinki łączył wązki przewód, zaledwie przepuszczający koniec palca. Wykonano po raz pierwszy z tej przyczyny gastroduodenostomię; chora po trzech tygodniach miała się zupełnie dobrze, znosząc wszelkie pokarmy. Że ten klepsydrowaty żołądek powstał tylko wskutek zadziałania kwasu solnego, przemawia według autora: 1) zamiar samobójczy; trudno bowiem przyjąć, by objawy tego cierpienia (jeśliby było wrodzone) okazać się miały dopiero po zażyciu kwasu żrącego; 2) zasznurowanie leży po większej części w okolicy krzywizny wielkiej (przy wrodzonych tego rodzaju zmianach żołądka zwężenie leży przedewszystkiem w okolicy krzywizny małej). *Dr Henryk Pisek.*

Nakaniski. **Prof. O nowym sposobie barwienia, dozwalającym badać szczegóły budowy bakteryi. (Doniesienie tymczasowe).** *(Münch. med. Wochs 1900 Nr. 6).* N. podaje sposób barwienia, zbliżony bardzo do sposobu barwienia dwoinek rzeżączkowych, wykrytego przez *Uhmę.* Sposób N. polega na nakładaniu cieczy, zawierającej bakterye, na szkiełka, pokryte zaschniętą warstwą błękitu metylowego. Według N. nie barwią się jego sposobem prawidłowe leukocyty i erytrocyty, barwią się zaś obumarłe lub zwyrodniałe. Doskonale zaś barwić się mają pasorzyty zimnicy we wszystkich okresach rozwoju (o ile jednak ustał już ich ruch pełzakowaty), dalej wszystkie bakterye, nawet gruzlicze i trądowe, już w parę sekund, przyczem można widzieć szczegóły budowy bakteryi. Zabarwienie różni się zależnie od rodzaju, wieku bakteryi i pożywki, na której rosły. Najlepiej barwią się bakterye, zabite parami formaliny. Sposobem swoim miał N. stwierdzić, że wszystkie bakterye są jednojądrzastemi komórkami. Jądra są małe, o budowie na pozór jednolitej, barwią się słabo błękitem metylenowym, leżą zwykle w środku komórki i pod wpływem czynników szkodliwych mogą wydostawać się poza komórki. Nie wszystkie bakterye posiadają błonę, komórki niektórych są nagie. Rzęsy nie barwią się sposobem N., natomiast barwią się otoczki. Podział komórek bakteryjnych odbywa się po podziale jądra. Zarodniki nie są niczem innem, jak tylko zmienionem jądrem. Sposób N. nadaje się do badania wszelkich cieczy na składniki postaciowe, (wypociny, przesączyny i t. d.) moczu na wałeczki, kału na pełzaki, ropy na dwoinki rzeżączkowe.
Ciechanowski.

Fenyvessy. **O działaniu soku gruczołu tarczykowego na krążenie i oddechanie, oraz o stosunku jodotyryny do jodku sodowego, względnie atropiny.** *(Wiener klin. Wochs., 1900. Nr. 6).* U królików nie wywiera sok gruczołu tarczykowego żadnego stałego wpływu na oddechanie; czasem pozostają wstrzykiwania do żył bez wpływu, czasem natomiast powstaje odruchowe (drogą płucnych gałązek n. błędnego) przyspieszenie oddechów w ustawieniu wdechowem, przyczem oddechy stają się płytsze. Wpływ soku gruczołu tarczykowego na krążenie objawia się u królików obniżeniem parcia, występującem w kilka sekund po wstrzyknięciu soku do żył, przyczem akcya serca się nie zmienia. To obniżenie parcia powstaje przez rozszerzenie naczyń, przyczem ośrodki naczyniowe mogą nie grać żadnej roli. Ze zjawisk tych nie można jednak wysnuwać żadnych wniosków o stałym wpływie gruczołu tarczykowego na *tonus* naczyń, ponieważ zupełnie podobne wyniki otrzymywano w doświadczeniach z wyciągiem przysadki mózgowej, nadnercza i peptonami. — Rzekomego antagonistycznego działania jodotyryny w obec jodku sodowego, względnie atropiny, nie zdołał F. stwierdzić i sądzi, że przeciwne zapatrywania opierają się na błędzie spostrzegawczym, wywołanym przez przelotność działania jodku sodowego i atropiny. *C.*

Doc. Dr. L. Korczynski. **Wykład wstępny o balneologii klinicznej.** *(Medycyna, Nr. 2, 1900).* Żadna z gałęzi nauk lekarskich nie jest u nas tak po macoszemu traktowany, jak balneologia. To też każda praca, każde usiłowanie, podjęte w kierunku przełamania tego zapoznania balneologii zasługuje na uznanie, tem więcej, kiedy chodzi o zaznajomienie naszych lekarzy praktyków z licznemi wskazaniami i działaniem leczniczem naszych zdrojowisk.

Autor w swym wykładzie wstępnym o balneologii klinicznej przedstawia treściwie historyę rozwoju balneoterapii, której początek odnosi jeszcze do czasów przedchrześciańskich a przebiegłszy pokrótce koleje, po jakich się z biegiem czasu nauka ta toczyła, wymienia *Brodowicza* i *Dietla* jako tych, którzy u nas jedni z pierwszych podjęli pracę na tem polu. Od nich też nasza zdrojowa terapia zdobywa sobie ścisłe i trwałe podstawy. *Wąsowicz.*

Dr. Balely. **Nowy sposób leczenia operacyjnego wypadnięcia macicy.** *(Frauenarzt,* Nr. 1, 1900). U kobiet starych, już niezdolnych do zapłodnienia, poleca autor następujący sposób leczenia. Po otwarciu jamy brzusznej, objęcie jedną podwiązką tętnic jajnikowych wraz z więzem okrągłym i to jak najbliżej ściany miednicy, drugą podwiązką zaś objęcie tętnicy macicznej. Po podobnem podwiązaniu więzów strony przeciwnej, poleca autor zamputować macicę w wysokości ujścia wewnętrznego. Po usunięciu macicy poleca zeszyć tkanki objęte pierwszą podwiązką z tkankami, objętemi drugą podwiązką. Zalety swego postępowania widzi autor: 1) w usunięciu ciężaru macicy; 2) wyciągnięciu nadmiernie wydłużonej pochwy ku górze; 3) użyciu naturalnych podpór macicy; 4) pozostawieniu prawidłowej szyi. Dokonanie poprzednio kolporafii, względnie perineorafii, uważa za dobre Jeżeli osoba, dotknięta wypadnięciem macicy, ma równocześnie raka, to należy wyciąć całą macicę, brzegi lejka pochwy zeszyć ze sobą i przyszyć do więzów przeciętych, szyjąc zawsze na zewnątrz nałożonych na więzy podwiązek. *St. D.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 21-go lutego b. r.

Przewodniczący kol. Prof. Jordan.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i bez poprawki przyjęto.

2) Wybrano delegatami i członkami Rady nadzorczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich kolegów: prof. Antoniego Gluzińskiego i prof. Marsa.

3) Kol. prof. Kostanecki zaznacza, że myśl programu dzisiejszego posiedzenia wyszła od kol. prof. Rosnera. Myśl ta ma na celu połączenie wykładów teoretycznych z praktycznymi, co dla obu stron przynieść może wiele korzyści, gdyż teoretycy wynieść mogą z tego rodzaju posiedzeń wiele tematów do swych badań i doświadczeń, a praktycy zyskać mogą niejedno wyjaśnienie w zagmatwanym nieraz obrazie klinicznym. Po tem wyjaśnieniu przystępuje do swego wykładu, w którym omawia:

I. Unaczynienie macicy i stosunek naczyń krwionośnych do warstw macicy, (referat własny).

Jak wiadomo, macica ludzka składa się z trzech warstw: błony śluzowej, warstwy mięsnej i błony surowiczej — (*Endometrium, Myometrium i Perimetrium*) —; błona śluzowa bezpośrednio wyściela wewnątrz warstwę mięsną, podobnie jak zewnątrz otrzewna —, nie mamy

zatem w macicy właściwej błony podśluzowej i błony podsurowiczej. Jest to ważne ze względu na to, że podczas ciąży nie tylko warstwa mięsna musi znacznie róść i grubieć, ale i błona śluzowa i surowicza muszą brać udział we wzrastaniu macicy.

Warstwa mięsna macicy pochodzi z okrężnej warstwy włókien mięsnych, przynależnej do przewodów Müllera, których górne części wytwarzają, jak wiadomo, trąbki, dolne zaś części, zrastając się, dają macicę i pochwę. U noworodków po za warstwą okrężną, innych włókien mięsnych nie spotykamy. Naczynia krwionośne leżą bezpośrednio pod błoną surowiczą. Wedle badań Sobotty, już u dziewcząt $2^1/_2$—rocznych zaczynają naczynia krwionośne wrastać w warstwę mięsną, tworząc tam znaczne rozgałęzienia. Kierunek przebiegu naczyń wpływa od tej chwili na inny układ włókien mięsnych, które niejako przystosowywują się do rozgałęzień naczyń i biegną wzdłuż nich pasmami, tak, że mamy teraz w warstwie mięsnej nieregularny splot włókien. Ponieważ jednak naczynia tworzą większe rozgałęzienia w środku grubości ściany mięsnej (t. zw. *stratum vasculosum*), przeto ta część mięśni ma przedewszystkiem przebieg nieregularny; na wewnątrz ku błonie śluzowej i podobnie na zewnątrz ku otrzewnej pozostają części włókien, biegnących okrężnie, choć jako osobnej warstwy wypreparować ich nie można. Prócz tego pojawiają się w macicy dorosłej kobiety włókna mięsne, biegnące podłużnie, jedne tuż pod błoną śluzową, (pochodzenie morfologiczne tych włókien nie jest dotąd znane), drugie, biegnące podłużnie pod błoną surowiczą; włókna tych ostatnich mięśni są pierwotnie słabo rozwinięte, wzrastają natomiast znacznie podczas ciąży i u wieloródek tworzą znaczniejszy pokład. Mięśnie te zaliczyć musimy do układu mięśni podotrzewnowych.

Naczynia, zaopatrujące ściany macicy, pochodzą przedewszystkiem z dwóch tętnic: 1) tętnicy jajnikowej (*art. ovarica*, *art. spermatica interna*); tętnica ta odchodzi wysoko od tętnicy głównej, (*aorta abdominalis*) tuż poniżej ujścia tętnicy nerkowej, stale po stronie lewej, po stronie prawej najczęściej od tętnicy nerkowej (*art. renalis dextra*). Wysokie to ujście tłómaczy się znanym faktem, że jajniki leżą pierwotnie znacznie wyżej: potem dopiero opadają ku dołowi (t. zw. *descensus ovariorum*). Tętnica jajnikowa rozpada się na dwa główne pnie: *ramus ovaricus i ramus tubarius*, które wytwarzają wybitne połączenia z tętnicą maciczną (*art. uterina*)

Tętnica maciczna, odchodząca od tętnicy podbrzusznej (miednicowej) (*art. hypogastrica*), biegnie najpierw do tyłu poza moczowodem, następnie zwraca się do boku od moczowodu, a wreszcie idzie, zdążając ku macicy, poprzed nim tak, że zatacza pętlę około moczowodu. To z chirurgicznych względów najważniejsze miejsce skrzyżowania tętnicy z moczowodem leży na wysokości części pochwowej (*portio vaginalis*) około 2 ctm. od brzegu macicy. Zazwyczaj w miejscu skrzyżowania, albo też w niewielkiem od niego oddaleniu, oddaje tętnica maciczna wielką gałęź *ramus cervico-vaginalis*, która zaopatruje dolną część macicy i górną część pochwy. Sam zaś pień tętnicy biegnie w dalszym ciągu wzdłuż przyczepu więzadła szerokiego do macicy na $^1/_2$—1 cm. w bok od macicy u dziewic, przytem w dolnej części w nieco większem, w górnej nieco mniejszem oddaleniu; u wieloródek spotyka się tętnicę bliżej ciała macicy. Biegnąc wzdłuż macicy, oddaje tętnica maciczna szereg gałązek, które wnikają w jej ścianę, tworząc wspomniane wyżej *stratum vasculosum*, t. zw. *rami fundi uteri*, które zaopatrują górną część macicy. W miejscu, gdzie trąbki przechodzą w macicę, rozpada się tętnica maciczna na dwie końcowe gałęzie, *ramus tubarius* i *ramus ovaricus*, które tworzą silne anastomozy (t. zw. *anastomoses à plein canal*) z gałęziami tejże samej nazwy, pochodzącemi z tętnicy jajnikowej; przez co umożliwiony jest podczas ciąży silniejszy dopływ krwi ku macicy. Dolna gałąź, *ramus cervico-vaginalis*, tworzy znów połączenia z tętnicami dolnej części pochwy, którą zaopatrują, prócz wyżej wymienionej tętnicy: *art. vesico -vaginalis*, *art. hemorrhoidalis media* i *art. pudenda int*,

Żyły, tworzące po części sploty w otoczeniu macicy, trzymają się przeważnie, choć niestale, tych samych dróg, co tętnice.

Podczas ciąży wzrasta, jak wiadomo, bardzo silnie warstwa włókien mięsnych, rosną one ilościowo, ale i każde włókno z osobna staje się większem (przeciętnie 10 razy dłuższem, a 3 razy szerszem). Olbrzymi wzrost wykazują naczynia. Tętnice grubieją, a przytem skręcają się korkociągowato, co świadczy o znacznym ich wzroście wzdłuż. Ten korkociągowaty, falisty przebieg zachowuje się częściowo i po odbytych porodach.

Żyły olbrzymio grubieją i wśród miąższu macicy tworzą sploty tak gęste, iż przypominają zupełnie ciała gąbczaste, jamiste (*corp. cavernoso*).

4) Kol. prof. Cybulski (referat własny).

II. Krwotoki macicy zadają także fizyologom pytanie, a mianowicie: jak się zachowują naczynia podczas skurczów macicy?

Niestety, badania dotychczasowe nie dają na to pytanie odpowiedzi. Nietylko bowiem nie zbadano, jak się zachowują naczynia w czasie skurczów macicy, ale nie badano nawet wogóle zachowania się naczyń podczas skurczów mięśni gładkich. Wszystkie istniejące w piśmiennictwie spostrzeżenia odnoszą się wyłącznie do mięśni prążkowanych, jakkolwiek i pod tym względem istnieje bardzo wiele sprzecznych i niejasnych zagadnień. Na pewno można tylko powiedzieć na podstawie spostrzeżeń Gaskela, a w części Heidenheina, że do mięśni prążkowanych dochodzą tak nerwy zwężające, jak i rozszerzające naczynia.

Jeżeli drażnimy nerwy ruchowe prądem indukcyjnym, to podczas wywołanego skurczu mięśni występuje także zwężenie naczyń. Z tego jednakże nie można wnosić o tem, jak się zachowują naczynia, gdy skurcz mięśni powstaje pod wpływem bodźców dowolnych lub odruchowych.

Doświadczenia Heidenheina i Grücnera przemawiają za tem, że podczas skurczu odruchowego w mięśniu następuje rozszerzenie naczyń, — za tem przemawia także i doświadczenie prelegenta, wykonane na zwierzęciu kuraryzowanem.

Przyjmując tedy, że naczynia w mięśniu macicy mogą się zachowywać analogicznie, jak w mięśniu prążkowanym, wypadałoby przypuścić, jeżeli nie istnieją jakieś specyalne warunki, bądź w układzie mięśni naczyniowych, bądź w unerwieniu mięśni i naczyń, że w czasie skurczu odruchowego macicy prędzej występuje rozszerzenie, niż zwężenie naczyń.

Wyjaśnienia więc faktu, że skurcze macicy po porodzie wstrzymują krwotoki, potrzeba szukać w jakichś innych mechanicznych warunkach, które tu mogą mieć miejsce, nie zaś w odruchowem zwężeniu naczyn.

5) Kol. Dr. Stanisław Dobrowolski mówił:

III. O krwotokach, przydarzających się w 3-cim okresie porodowym i bezpośrednio po porodzie. (Odczyt ten w całości ukaże się w *Przeglądzie Lekarskim*).

6) Kol. Dr. Tymoteusz Piotrowski (referat własny):

IV. Przedstawiając krwotoki w okresie III porodowym i w połogu, rozróżnia krwotoki, które powstają już w okresie drugim, a z całą gwałtownością występują dopiero w okresie trzecim, dalej krwotoki, występujące dopiero w okresie trzecim, wreszcie takie, które występują bezpośrednio lub w kilka godzin po odejściu łożyska. Źródłem pierwszej gromady będą pęknięcia dobrowolne lub pooperacyjne szyjki pochwy, lub pęknięcia w szparze sromowej, jak naddarcia w okolicy łechtaczki, cewki moczowej, lub międzykrocza.

Przy pęknięciach szyi, w celu zatamowania krwotoku radzi, jeżeli widać naczynie krwawiące, uchwycić go pensem i podwiązać, jeżeli zaś krwotok jest miąższowym, ranę zeszyć. Po zatamowaniu krwotoku zeszycie szyi uważa za wskazane ze względów plastycznych. Dla łatwiejszego odnalezienia miejsca krwawiącego radzi nie ściągać szyi ku dołowi zbyt nizko, bo przez załamanie naczyń krwotok na razie się tamuje i nie można odnaleść miejsca krwawiącego, natomiast proponuje założyć do szyi odpowiednio pomyślany wziernik, który, rozsuwając ranę, ułatwiałby odnalezienie miejsca krwawiącego — Niebezpieczne nieraz krwotoki ze stosunkowo płytkiego przedarcia szyi tłómaczy nieprawidłowem wejściem do macicy tętnicy macicznej, nieprawidłowem jej rozgałęzieniem lub przebiegiem. Jako najczęstszą przyczynę krwotoków w okresie III. uważa odklejanie się łożyska sposobem Duncana, przyczem przestrzega przed zbyt pochopnem wygniataniem łożyska ze względu na wielką łatwość oderwania błon, twierdząc, że zazwyczaj rodząca krwi więcej nie traci, aniżeli przy odklejaniu się łożyska sposobem Schultzego, tylko, że przy tym sposobie odklejania krew, gromadząc się za łożyskiem, nie wypływa na zewnątrz, przy sposobie zaś Duncana, wypływając przez szparę, przeraża otoczenie i lekarza.

Jako źródło krwotoków bezpośrednio lub w jakiś czas po ukończeniu porodu uważa przedarcie szyi, na razie nie krwawiące z powodu wytworzenia się skrzepów, z chwilą jednak wzmożenia się ak-

cyi serca. a więc i podniesienia ciśnienia w naczyniach, skrzepy te mogą być wyparte, co znowu sprowadza następowy krwotok. Jako dalsze przyczyny uważa pozostanie resztek jaja, łożyska dodatkowe, wreszcie atonię macicy.

Ogólnie przyjmowaną zasadę, że do powstrzymania krwotoku konieczny jest skurcz macicy, uważa za nieuzasadnioną, dowodząc to tem, że w prawidłowo przebiegającym połogu w pierwszych godzinach są wcale długie pauzy, w których macica jest całkiem miękką, a mimo to krwotok nie występuje.

Do czynników, odgrywających rolę tamującą, zalicza albo przesuwanie się pojedynczych blaszek mięśnia macicy ponad sobą z następowem załamywaniem i zaciskaniem naczyń, albo znaczne wydłużenie naczyń macicy przez prawie 5 razy zgrubiały mięsień macicy po porodzie z następowem zwężeniem światła naczyń, a przez to i mniejszym dopływem krwi i łatwiejszem ich zaczopowaniem.

Co do atonii, to nie zgadza się ze zdaniem Veita, jakoby jej w zupełności nie było; zwraca jednak uwagę, że nie pojawia się tak często, jak to się często przypuszcza. Tamponowania macicy sposobem Dührssena w zupełności nie odrzuca, zwraca tylko uwagę, że nie jest ono zabiegiem radykalnym ani tak nieszkodliwym, za jaki bywa uważane, bo z jednej strony, wprowadzając do macicy ciało obce, rozciągamy ją, a więc utrudniamy skurcz, z drugiej zaś, wprowadzając do macicy gazę, możemy z nią łatwo wprowadzić rozmaite drobnoustroje, które tem łatwiej mogą sprowadzić zakażenie, im więcej ustrój krwi utracił.

W dyskusyi zabierają głos koledzy: Dr. Braun, prof. Rosner i prof. Jordan.

Kol. doc. Braun (referat własny). W trzeciej części dzisiejszego wykładu przedstawił nam kol. Dobrowolski zestawienie statystyczne z kliniki położniczej, które wykazuje, że pęknięcie szyjki podczas porodu wydarzało się najczęściej po obrotach i ekstrakcyach płodu za nożki, potem dopiero po operacyach kleszczowych, wymóżdżeniach itp. zabiegach położniczych. Z tego zestawienia wynikałoby, że pęknięcie szyjki zależy głównie od gatunku czyli jakości zabiegu, jaki na rodzącej wykonujemy. Tymczasem doświadczenie codzienne przy łóżku rodzących poucza, że pęknięcia szyjki zdarzają się i po porodach dobrowolnych, t. j. zlęgnięciach, jak również i po rozwiązaniach t. j. porodach ukończonych sztuką. Co więcej, przekonujemy się, że po jednym i tym samym zabiegu, raz mamy do czynienia z pęknięciem szyjki, drugi raz do tego powikłania porodowego nie przychodzi. Wszak każdy, mający z zabiegami położniczymi więcej do czynienia, przyzna, że zakładając kleszcze na główkę, objętą ścianami szyjki, raz miał po porodzie do czynienia z krwotokiem, powstałym z pęknięcia szyjki, drugi raz do tego nie przyszło. Dlatego mimowoli nasuwa się przypuszczenie, że oprócz jakości zabiegu muszą być jeszcze inne okoliczności, które ułatwiają pęknięcie szyjki. Przedewszystkiem musimy przyznać, że wielkość ujścia zewnętrznego macicy w chwili przejścia ręki do macicy, lub wydobywania płodu na zewnątrz czy to ręcznego, czy instrumentalnego, decyduje, czy będziemy mieli po porodzie płodu z rozdarciem szyjki do czynienia, czy nie.

Wszak nauka położnictwa nas poucza, że tem łatwiej rozdzieramy szyjkę n. p. przy wprowadzeniu ręki do jamy macicy w celu dokonania obrotu lub założenia kleszczy z następowem wydobywaniem płodu, jeżeli ujście macicy jest niedostatecznie rozszerzone, aniżeli wtedy, kiedy brzegi ujścia są zupełnie rozwarte. Ztąd dla nas wskazówka, że najbezpieczniej wprowadzać rękę do macicy, lub płód z macicy wydobywać, jeżeli ujście zewnętrzne jest w zupełności rozwarte; należy się atoli przygotować na ewentualność rozdarcia szyjki, jeżeli zabiegi powyższe wykonujemy przy ujściu mało rozszerzonem.

Zdarzają się jednak przypadki, gdzie przy ujściu zupełnie rozwartem pęka szyjka, podczas gdy w innych razach, n. p. kleszcze, założone przy ujściu niezupełnie rozszerzonem, pęknięcia nie sprowadzają. Dla wytłómaczenia tego zjawiska należało wziąść pod rozwagę wielkość płodu, gdyż przy główce dużej łatwiej szyjka pęknie, jeżeli ją kleszczami wydobywamy, aniżeli gdy jest mała. To wystarcza na wytłómaczenie pęknięcia szyjki wtedy, kiedy głowa, względnie płód, jest duża. Ponieważ atoli są przypadki, gdzie i przy ujściu zupełnie rozwartem, główce nie dużej, mamy do czynienia z rozdarciem szyjki, dlatego należy przyjąć, że obok jakości zabiegu, jaki na rodzącej wykonujemy, dalej, obok wielkości ujścia zewnętrznego macicy w chwili wykonania zabiegu, wreszcie rozmiarów płodu, głównie główki, musi istnieć jeszcze jakaś okoliczność, która w jednych przypadkach ułatwia, w drugich chroni od rozdarcia szyjki. Ta okoliczność, na którą pragnę zwrócić uwagę z naciskiem, jest, według mego zdania, stopień rozpulchnienia szyjki macicznej, względnie brzegów ujścia zewnętrznego. Im bowiem więcej jest rozmiękła, rozpulchniona, a tem samem podatna i rozciągliwa szyjka, tem trudniej przychodzi do rozdarcia szyjki; im jest zaś twardsza, grubsza, zatem niepodatna, tem łatwiej *ceteris paribus* pęknie szyjka, czy to przy porodzie dobrowolnym, czy sztuką ukończonym. Zatem i w rokowaniu i leczeniu musimy się kierować stopniem rozpulchnienia szyjki macicznej. Jeżeli będziemy mieli do zbadania, względnie leczenia, stare pierwiastki, gdzie część pochwowa twarda, nierozciągliwa, lub wieloródkę, u której po poprzednich porodach wywiązała się *metritis cervicalis*, to będziemy rokować i leczyć ostrożnie z obawy, ażeby z powodu niepodatności brzegów nie przyszło podczas porodu do większego rozdarcia szyjki, a tem samem krwotoku, który jest jednym z najcięższych i najniebezpieczniejszych podczas porodu.

Co do życzenia kol. Piotrowskiego, aby w każdym przypadku pęknięcia szyjki starać się odnaleść miejsce pęknięcia i naczynie broczące podwiązać, to jakkolwiek ze stanowiska chirurgicznego jest rzeczą bardzo wskazaną i pożądaną, to przecież nie da się zawsze zastósować. Z powodu rozdarcia szyjki, jest zwykle kilka naczyń przedartych, a krwawienie tak duże, że lekarz, aby nie stracić czasu i chorej krwi zaoszczędzić, nie będzie się kusił o odnalezienie naczynia krwawiącego, lecz zeszyje brzegi rany broczącej, bo w ten sposób uda się mu zatamować krwawienie prędko i skutecznie. Jeżeli zaś zobaczy łatwo naczynie broczące, to dobrze zrobi, jeżeli je podwiąże osobno, choć, jak przypadek kol. Piotrowskiego wskazuje, odszukanie i podwiązanie nie jest tak łatwe. Do szukania zaś naczynia krwawiącego posługiwać się wziernikiem śródmacicznym, jak tego myśl kol. Piotrowski podaje, nie jest rzeczą łatwo wykonalną, jeżeli zważymy, że po założeniu wziernika Simsa w celu odsłonięcia szyjki, dalej po uchwyceniu części pochwowej kulociągami lub szczypczykami Museaux'a — dla wprowadzenia jeszcze wziernika macicznego, raz nie będzie na tyle miejsca, a powtóre lekarz sam z położną nie będzie miał na tyle wolnych rąk do trzymania i operowania, względnie podwiązania lub obszycia rany broczącej. Sądzę, że dotychczasowa metoda zeszycia brzegów szyjki w miejscu pęknięcia będzie i nadal najpraktyczniejsza, najłatwiej wykonalna. Co do tamponady macicy według Dührssena, to ta nie jest tak zła, aby ją potępić i usuwać z zastósowania praktycznego, skoro ma tak rozległe zastósowanie z dobrym skutkiem, widocznie nietylko w Europie, ale i po za jej granicami. Metoda Dührssena, jeżeli dała złe wyniki przy tamowaniu krwotoku atonicznego, to dla tego, że nie była dokładnie wykonana. Jeżeli bowiem ktoś sądzi, że wprowadzenie gazy jodoformowej do szyjki i jamy macicy jest metodą Dührssena, to pojmuję, że mógł stracić do niej zaufanie, bo przy takiem wytkaniu macicy mógł powstać krwotok z miejsc gazą nie wytkanych i sprowadzić krwotok wewnętrzny.

Jeżeli bowiem wytkamy szczelnie całą jamę macicy, szyjki i pochwy gazą jodoformową, a następnie zmusimy macicę do skurczu przez okłady zimne, nacieranie, sporysz, to będziemy mieli dobry wynik po tamponadzie Dührssena. Wprawdzie zdarzają się przypadki, gdzie istnieje tak duża atonia, że po tamponadzie Dührssena macica rośnie z powodu krwotoku dalej trwającego i kiedy należy gazę wyjąć i przystąpić do innych sposobów, usuwających atonię, ale tymi przypadkami zrażać się nie powinniśmy, bo są rzadkie, a działanie tamponady w niczem nie ustępuje innym środkom, stósowanym przeciw atonii. Wszak tamponada Dührssena w pierwszej chwili przez ucisk wywarty na powierzchnię ranną macicy stara się krwotok zatrzymać, a następnie jako ciało obce, drażniąc wnętrze macicy, podobnie jak ręka przy oburęcznem miesieniu atonicznej macicy, stara się drogą odruchową wywołać silny skurcz macicy; to też sądzę, że jeszcze długo tamponada Dührssena stanowić będzie dzielny środek, tamujący krwotok z atonicznej macicy, w ręku lekarza praktycznego.

Kol. prof. Rosner (ref. własny). Z powodu spóźnionej pory ograniczę się tylko do sprawy t. zw. atonii, która zresztą wydaje mi się najważniejszą. Co do pęknięcia szyi niema chyba dwóch zdań, że trzeba je leczyć chirurgicznie. Kto potrafi zamknąć krwawiące naczynie, dobrze zrobi, jeżeli je zamknie i podwiąże; kto operując w gorszych warunkach, nie jest w stanie tego uczynić, niech szwem usiłuje zatamować krwotok. Inna rzecz z t. zw. atonią. Tu zdania są tak dalece podzie-

lone, że podczas kiedy niektórzy położnicy każdy prawie poporodowy krwotok uważają za atoniczny, inni, jak Veit, wypowiadają śmiałe zdanie, że atonii wogóle niema.

Po czyjej stronie jest słuszność, trudno rozstrzygnąć, dopóki fizyologia nie odpowie z naukową ścisłością na pytanie, jaki jest prawidłowy mechanizm, dzięki któremu z rozdartych podczas porodu naczyń nie leje się krew w prawidłowych przypadkach porodowych, choć naczyń tych jest tyle i takiej średnicy, że w braku należytego mechanizmu każda rodząca powinnaby się skrwawić. Tego mechanizmu nie znamy i oczekujemy od fizyologii wyjaśnienia tej zawiłej sprawy, która wydać się może komuś teoretyczną, ale której wyjaśnienie da nam dopiero wskazówki, jak wobec t. zw. atonicznego krwotoku postępować należy. Wszak dziś nie wiemy poprostu, co jest właściwie przyczyną krwotoku; trudno więc od nas wymagać, ażebyśmy posiadali ścisłe metody, przeciwdziałające temu krwotokowi.

Tyle można już dziś powiedzieć, że nazwa atonii jest źle i nieszczęśliwie wybrana, gdyż codzienne spostrzeżenia przy łóżku rodzącej pouczają nas, że nie brak jędrności (*tonus*) macicy powoduje krwotok, i że nie zawsze wywołanie sztuczne tej jędrności krwotok tamuje. Widzimy nieraz wkrótce po porodzie macice miękie, z których nic nie krwawi, spostrzegamy również macice twarde, z których wypływa krew. To co wiemy o skuteczności metod tamujących krwawienie, naprowadza nas na myśl, że nie »tonus,« tylko zgrubienie ścian macicy mieści w sobie mechanizm, tamujący krwotok. Zgrubienie u ścian przy pustej, zupełnie wypróżnionej macicy jest bardzo znaczne i ściany macicy stają się 5 razy grubsze, niż były przed porodem. Co się w tej chwili zgrubienia dzieje z naczyniami krwionośnemi, oto pytanie, mieszczące w sobie *punctum saliens* sprawy. Pytanie to nie jest dostatecznie wyjaśnione. Domyślać się jednak można, że naczynia, jak to słusznie podniósł kol. Piotrowski, albo bardzo znacznie się wydłużają, albo też z powodu przesunięcia się blaszek mięsnych, między któremi biegną, ulegają załamaniu. I rozciągnięcie i załamanie może uniemożliwić przepływ krwi, a więc zatamować krwotok.

Niektóre spostrzeżenia przy łóżku rodzącej i położnicy z konieczności nasuwają nam myśl, że to zgrubienie i tylko to zgrubienie ścian macicy tamuje t. zw. atoniczny krwotok. Każdy położnik wie, że jeśli płód leży w położeniu poprzecznem, a z powodu rozciągnięcia dolnego odcinka i szyi macicznej, oraz podniesienia się pierścienia skurczowego, przyjdzie do grożącego pęknięcia macicy, płód rychło popada w omdlenie lub umiera, choć poród nie trwa zbyt długo, choć pępowina jego wolna jest od wszelkiego ucisku, a ucisk na główkę, otoczoną dokoła miękiemi ścianami dolnego odcinka, jest chyba mniejszy, niż przy prawidłowym czaszkowym porodzie. Dlaczegoż więc płód omdlewa? Chyba dlatego, że zesuwający się po dziecku w górę trzon macicy, w miarę im pierścień skurczowy jest wyżej, — staje się coraz grubszym, tak, że naczynia, doprowadzające tlenną krew matki do łożyska, wyciągają się lub załamują i dostatecznej ilości krwi nie dowożą. Weźmy inny przykład: płód po urodzeniu zaczyna zaraz oddechać; doznaje więc głodu powietrznego. Dlaczego? bo po jego urodzeniu trzon znacznie się zmniejszył i zgrubiał i naczynia matczyne nie doprowadzają krwi w dostatecznej ilości. Idźmy dalej: jedną z najniebezpieczniejszych postaci krwotoku jest krwotok wewnętrzny, powstający z odklejenia łożyska przed urodzeniem dziecka: wiemy przecież, że wówczas szybkie zupełne w y p r ó ż n i e n i e macicy tamuje krwotok.

Takich przykładów znalazłoby się więcej. Co z nich wynika? Chyba to, że pierwszym naszym obowiązkiem wobec t. zw. atonicznego krwotoku jest zupełne wypróżnienie macicy. Ileż razy wypchnięcie lub wygarnięcie z macicy skrzepu, który nie przeszkadza jej skurczowi w znaczeniu *tonus*, ale nie dozwala jej ścianom na należyte zgrubienie — kładzie koniec krwotokowi porodowemu. Hołdując tym zasadom, nie możemy uważać tamponady, która zgrubieniu ścian macicy przeciwdziała, za dobrą i odpowiednią metodę, a zdania tego nie opieram na samych teoretycznych rozumowaniach, ale i na spostrzeżeniach klinicznych. Że tamponada nieraz zatrzyma krwawienie, nie przeczę; ale czy to krwawienie było a t o n i c z n e, na to pragnąłbym mieć dowód. Jeśli w szyi (często wysoko) rozdartych jest kilka drobnych naczyń, któżby wówczas przeczył, że mocne ich uciśnięcie może zatrzymać krwawienie: jeśli jednak mamy do czynienia z prawdziwą, mojem zdaniem, bardzo rzadką t. zw. atonią, tamponada jest błędem, jest metodą strusią, gdyż zatrzymuje pozornie krwawienie na tak długo, dopóki tampony nie przesiękną. W oddziale położniczym, który prowadzę, mamy krwotoków nie mało, a obchodzimy się bez tamponady i mamy doskonałe wyniki. Jeśli zaś wprowadzamy gazę do macicy, to chyba tylko mały strzępek, ażeby nim, jako ciałem obcem, zadrażnić wnętrze macicy do skurczu, a więc do zgrubienia jej ścian doprowadzić i w ten sposób zatrzymać krwawienie.

Kol. prof. J o r d a n nie zgadza się ze zdaniem, jakoby atonii nie było, przeciwnie, to się zdarza, tylko nie tak często, jak to dawniej przypuszczano. Na dowód tego przytacza trzy spostrzegane przez siebie, przypadki atonii, połączone z wynicowaniem macicy. Skurcz sam jest zbyteczny do zatamowania krwawienia, ale potrzebna jest koniecznie pewna jędrność (tonus) mięśni macicy.

Co do chwytania i podwiązywania krwawiących naczyń w ranach, powstałych przez pęknięcie szyjki macicy i wogóle przez obrażenie przewodu rodnego, jak chce kol. Piotrowski, żadną miarą zgodzić się nie może. Szycie jest w tych przypadkach łatwiejsze, prędsze, a i bezwarunkowo lepsze. Co się tyczy tamponady metodą Dührssena, to na klinice nie tamponuje, albo tylko wyjątkowo, ale nie dlatego, by metoda była złą, ile raczej, że jest trudną w dobrem i ścisłem wykonaniu w praktyce prywatnej. Stąd też uważa za obowiązek przyzwyczajać uczniów w klinice do zabiegów łatwiejszych, mniej szkodliwych, a dających również dobre wyniki, jak: masowanie zewnętrzne macicy, ściąganie macicy i przestrzykiwanie jej środkami przeciwgnilnymi — z wyjątkiem sublimatu.

Na tem zakończono obrady.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

* * *

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

XIII międzynarodowy Kongres lekarski, który odbędzie się w Paryżu od 2 do 9 sierpnia 1900 r.

Komitet narodowy polski podaje do wiadomości:

Członkiem Kongresu może być każdy lekarz, który się zgłosi, oraz każdy uczony, którego Komitet narodowy poleci.

Dowodem należenia do Kongresu będzie karta legitymacyjna, która zostanie doręczoną zgłaszającemu się po złożeniu wpisowego *25 franków = 20 koron = 21 marek = 10 rubli* — na ręce skarbnika Komitetu polskiego, docenta Dr. L e o n a K r y ń s k i e g o (*Kraków, ul. Franciszkańska, 1*).

W celu otrzymania karty legitymacyjnej wymagane są następujące formalności: lekarz, życzący sobie zostać członkiem Kongresu, obowiązany jest czytelnie wypisać na drukowanej deklaracyi (*Bulletin d'adhésion*) swe imię i nazwisko, zawód, narodowość i adres, oraz przyszpilić w miejscu wskazanem (w narożniku karty deklaracyjnej) swą kartę wizytową i oznaczyć, do której z 27 sekcyj lub podsekcyj chce należeć.

Drukowane „karty deklaracyjne“ zostaną załączone do N. 13 *Przeglądu Lekarskiego*; lekarze, niebędący prenumeratorami tego czasopisma, otrzymają deklaracye na zażądanie, przesłane na ręce doc. dr. L. K r y ń s k i e g o (*Kraków, ul. Franciszkańska, 1*). Tak wypełnioną deklaracyę, wraz z wyżej podaną kwotą wpisową, należy przesłać na ręce skarbnika Komitetu polskiego, doc. dr. L. Kryńskiego, który w zamian wystawi zaraz urzędowe poświadczenie odbioru, a później „kartę legitymacyjną“, gdy ta nadesłaną zostanie. Procedura ta, zalecona Komitetom narodowym przez Komitet wykonawczy francuski, pociąga za sobą wydatki kancelaryjno-pocztowe, które Komitet narodowy polski uchwalił pokryć z drobnych nadwyżek wpisowego od polskich członków Kongresu. Nadwyżkę tę, wskazaną zresztą przez samą chwiejność kursu pieniężnego, zamierzył Komitet polski urzeczywistnić w ten sposób, że przy redukcyi monety francuskiej na austryacką, względnie pruską i rosyjską, podniósł przypadające kwoty ułamkowe (halerze, fenigi, kopijki) do wyższej jednostki monetarnej (korona, marka, rubel).

Spis S e k c y j K o n g r e s u, oraz inne szczegóły programu ogłosił *Przegląd Lekarski* w N. N. 45, 46, 47, 48, 49, 50 i 51 zeszłego roku. Na żądanie (z załączeniem 15 haler., marki) wyszle doc. dr. L. Kryński całkowity program, którego posiada znaczny zapas.

Komitet polski XIII międzynarodowego Kongresu lekarskiego uchwalił na swem posiedzeniu plenarnem w d. 1 listopada 1899 r.,

ażeby każdy lekarz-polak, który stanie się członkiem Kongresu za pośrednictwem Komitetu polskiego, a zamierzałby mieć odczyt na rzeczonym Kongresie, — zgłosił swój odczyt, bez względu na miejsce swego przebywania w kraju lub zagranicą, na ręce Komitetu polskiego, wraz z załączeniem treści swego odczytu. Zgłaszanie odczytów zamyka się d. 1 lipca. Korespondencye, dotyczące udziału naukowego w Kongresie, należy adresować na ręce sekretarza Komitetu polskiego, Dr. Augusta Kwaśnickiego (*Kraków, ul. Basztowa, 4*).

Z inicyatywy Komitetu polskiego zawiązał się w Paryżu z lekarzy-polaków, stale w tem mieście przebywających, Komitet informacyjny, którego zadanie określa sama nazwa. Adres Komitetu informacyjnego, który powołany jest do odegrania nader ważnej i pożytecznej roli, jest następujący: Mr. Boleslas Motz, docteur en médecine (*Paris, Clinique du Prof. Guyon, hôpital Necker*).

Wobec Wystawy światowej a tem samem wielkiego napływu zamiejscowych, sprawa mieszkań nabiera pierwszorzędnej ważności dla członków Kongresu. Komitet wykonawczy uwiadomił Komitet polski, że porozumiał się z naczelną władzą szkolną, która przyzwoliła na użycie sal licealnych w celu pomieszczenia członków Kongresu; Komitet wykonawczy sądzi, że w tych salach będzie mógł pomieścić 800—1000 osób po cenie 5½ fr. na dobę za łóżko, usługę i pierwsze śniadanie. Komitet wykonawczy wezwał również agencye, trudniące się najmem mieszkań podczas Wystawy, ażeby złożyły swoje oferty; wymagania tych przedsiębiorstw są dość wysokie, a warunki dość trudne. Komitet polski nie uważa za potrzebne ogłaszania szczegółów tych warunków, w tem przekonaniu, że paryski Komitet informacyjny polski niezawodnie poda do publicznej wiadomości lekarzy-polaków swe rady i wskazówki pod tym względem.

Komitet wykonawczy XIII międzynar. Kongresu lekar. zawiadomił Komitet polski, że z końcem r. 1899 uzyskał na wszystkich kolejach francuskich 50% zniżkę jazdy. Dla korzystania z tej zniżki należy uczynić zadość następującym wymaganiom: Komitet wykonawczy dostarczy każdemu członkowi Kongresu „legitymacyę kolejową“, którą trzeba dać ostemplować w urzędzie granicznej stacyi francuskiej i zapłacić całą należytość za bilet od granicy do Paryża — bez zniżki. Po przybyciu do Paryża należy tę „legitymacyę kolejową“ zawizować w biurze Komitetu wykonawczego Kongresu, poczem staje się ona ważną do „bezpłatnego powrotu“ z Paryża do granicy francuskiej. Podróż z powrotem ma się odbyć tą samą koleją i przez tę samą stacyę graniczną, przez którą nastąpił wjazd do Francyi.

W celu otrzymania podobnej zniżki na szlakach zagranicznych poczynił Komitet wykonawczy starania drogą dyplomatyczną, lecz do tej pory jeszcze odpowiedzi nie otrzymał.

Każdy członek Kongresu ma prawo wpisania się do tylu Sekcyj, ile sobie tego będzie życzył i może brać udział w pracach tych Sekcyj bez żadnej dodatkowej dopłaty. Każda Sekcya wyda tom Sprawozdania ze swych prac i takich tomów będzie 24. Komitet wykonawczy oświadcza, że nie będzie w stanie dostarczenia bezpłatnego każdemu członkowi Kongresu wszystkich tych sprawozdań, przeto postanawia: każdy członek Kongresu ma prawo 1) do jednego tomu, w którym mieścić się będzie „streszczenie“ prac Kongresu; 2) do jednego tomu sprawozdania *in extenso* z posiedzeń ogólnych Kongresu i 3) do jednego tomu sprawozdań z tej Sekcyi, do której członek Kongresu należał.

Jeśli członek Kongresu wpisał się do kilku Sekcyj, to Komitet wykonawczy przyzna mu tom Sprawozdania z tej Sekcyi, którą on wymienił na pierwszem miejscu w deklaracyi (*bulletin d'adhésion*). Jeśliby który z członków zamierzał posiąść więcej, niż jedno Sprawozdanie, lub nawet całość Sprawozdań z Kongresu, to w tym względzie ma się porozumieć z wydawcą Kongresu, p. Masson, (*Boulevard St. Germain, 120*).

Komitet wykonawczy, zapytywany niejednokrotnie, czy dentyści, nie będący doktorami medycyny, mogą zostać członkami Kongresu, oświadcza po dojrzałej rozwadze, że członkami Kongresu mogą być ci tylko dentyści i stomatologowie, którzy posiadają dyplom lekarza.

Komitet narodowy polski upoważnił do pośredniczenia w przyjmowaniu zgłoszeń: w Poznaniu Drów: Jaruntowskiego, Święcickiego i Chłapowskiego; w Warszawie Drów: Sokołowskiego, Rychlińskiego i Hewelkego; we Lwowie Drów: Gluzińskiego, Rydygiera i Ziembickiego [1]).

Dr. A. Kwaśnicki. *Prof. Dr. Wicherkiewicz.*

[1]) Komitet uprasza czasopisma lekarskie o powtórzenie tego komunikatu.

O odkażaniu formaliną według sprawozdania prof. M. Grubera przyjętego przez najwyższą c. k. Radę zdrowia [1]).

Już w lipcu 1898 r. wydała Rada orzeczenie, że formaldehyd w wodnych rozczynach winien być jako bardzo dzielny środek odkażający wliczonym w listę oficynalnych przetworów; że jednak użyty w postaci gazu do odkażania sal (szkolnych, szpitalnych) nie daje wcale pewności, gdyż działa głównie na powierzchownie położone przedmioty, że zatem dalniejsze zmywanie z następowem zeskrobaniem tynku i bieleniem ścian jest pewniejsze.

Odtąd usiłowania ku spożytkowaniu formaldehydu w celach odkażania sal czyniono dalej z coraz to lepszym skutkiem, — a Rada zdrowia z końcem r. 1899 powierzyła Drowi Igonowi Kaupowi w wied. Instytucie higienicznym zbadanie czterech najnowszej konstrukcyi przyrządów do odkażania sal formaldehydem, mianowicie: 1) Glikoformal-Desinfector Lingnera z Drezna, zbudowany według wskazówek Waltera i Schlossmanna 2) przyrząd Baumanna z Wiednia, pomyślany według wskazówek Prausnitza 3) przyrząd t. zw. „wrocławski“ według Flüggego i 4) ulepszony „Aesculap-Apparat“ Scheringa w Berlinie.

Opis ich podano zbyt zwięzły, a nie objaśniony żadnym rysunkiem, więc nie jasny i nie dokładny. Ale zasadą dwóch pierwszych jest rozpylenie rozczynów formaldehydu zapomocą pary, — zaś dwóch ostatnich wyparowanie, raczej zamienienie w parę (*Verdampfen*) rozczynów form — względnie paraform-aldehydu.

Doświadczenia czyniono w różnych warunkach; do porównania skuteczności jednak każdego z tych przyrządów te doświadczenia nadają się najlepiej, które robiono w przybliżeniu w równych warunkach. A więc: sala jedna i ta sama, ułożenie mebli i próbek hodowli jednakowe, jednakowa ciepłota pokoju, czas trwania doświadczenia 6—7 godzin. Zauważono, że przy wszystkich tych doświadczeniach wychodzi na metr sześcienny około 3 grm. formaldehydu, przyrząd Lingnera spotrzebowuje około 8 grm.

Wynik doświadczeń (czynionych głównie w tym celu, by wypróbować skuteczność tych sposobów do odkażania sal szkolnych) — da się streścić jak następuje:

Zarodniki wąglika, gronkowce, prątki błonicze, umieszczone głębiej, np. pod poduszkami lub pod kocami, zachowały całą swą żywotność, co z góry przewidywano.

Natomiast z wolno na powierzchni stołu itp. ułożonych zarodników ginęło:

przy użyciu	zarodników węglika	gronkowców
przyrządu Lingnera	100 %	100 %
« Baumanna	96·1%	97 %
« wrocławskiego	89·1%	97·5%
« Scheringa	87 %	94·4%

Z tego pokazuje się, że przyrządy rozpylające formaldehyd (Lingnera i Baumanna) działają lepiej.

Najwybitniej występuje ta różnica przy działaniu tych przyrządów na próbki hodowli gronkowca mniej dostępnie ułożonych, n. p. przykrytych pojedynczą warstwą płótna lub bibuły.

Przy użyciu	przyrządu	Lingnera	wyjałowiono	80 %	tych	prób
„	„	Baumanna		76·8%	„	„
„	„	wrocławskiego		36·5%	„	„
„	„	Scheringa	„	27 %	„	„

Przy porównaniu budowy pojedynczych przyrządów obok wyżej podanej ich skuteczności, dalej kosztu przyrządu samego i jego czynności, najkorzystniej przedstawia się przyrząd wiedeński przy niemal równie silnem i wydatnem działaniu, jak Lingnerowski, który zato niepotrzebnie ma zawikłaną budowę i bardzo łatwo się psuje. Ten ostatni, t. j. Lingnera, spotrzebowuje więcej formaldehydu, ale też odkażanie tym przyrządem jest szybsze tak, że w niektórych doświadczeniach już po 3 godzinach osiągnięto dobry wynik Domieszka gliceryny (*Glyco-formal*) okazała się zbyteczną. Doświadczenia tym przyrządem z samą formaliną albo formolem czyniono, dawały takie same wyniki bez powlekania przedmiotów niemiłą lepką warstwą gliceryny.

Jak powiedziano wyżej, przyrząd Lingnera spotrzebowuje znacznie więcej formaldehydu, ale też i szybciej działa. Otóż próby robione z przyrządem Baumanna w tym kierunku wykazały, że i ten przyrząd przy użyciu silniejszego rozczynu (6 grm. formaldehydu na metr sześcienny sali) daje równie dobre i równie silne wyniki.

Przytem okazało się, że nawet nieco ukryte próby, zwłaszcza gronkowca, przy silniejszem zgęszczeniu rozczynu formaliny łatwiej

[1]) Dodatek do Nr. 4 *Öster. Sanitätswesen* z r. 1900.

giną. Toteż Dr. Kaup próbował wpuszczać do szafy 1·5m³ pojemności, napełnionej różnymi kocami, sztukami odzieży i t. p. wśród których, — a więc dość głęboko, — poukładał próby różnych prątków, pary lub mgły formaldehydu w tym stosunku, że na 1m³ wypadło od 40—120 grm. I tu pokazało się również, że głębiej ułożono i przykryte zarodniki wąglika prawie nic nie straciły na sile, gronkowce nieco więcej ucierpiały. Zaś z łatwiej dostępnych (kieszenie, fałdy i t. p.) zginęła ¹/₃ zarodników wąglika, a blisko połowa gronkowców. Spostrzeżenie to ma wielkie znaczenie dla lekarzy, chcących odkażać swą odzież, na której z reguły tylko po wierzchu czepiają się zarazki. Otóż przy wolnem rozwieszeniu odzieży w takiej szafie i działaniu pary lub mgły zgęszczonych rozczynów formaldehydu cel może być w zupełności osiągniętym [1]).

Bez względu na to, którego z tych przyrządów używamy, stwierdzono konieczną potrzebę ścisłego zamknięcia i pozatykania wszelkich otworów sali, która ma być odkażoną, gdyż inaczej działanie przez dopływ powietrza i odpływ rozpylonej formaliny osłabia się dość znacznie.

Podobnież stwierdzono, że nizka ciepłota sali utrudnia znacznie dokładne jej odkażenie, że więc winna ona być przynajmniej do 12° C ogrzaną. Przyczyną słabszego działania pary względnie mgły formalinowej przy niższych ciepłotach jest zdaje się zawczesne jej skroplenie się, zanim ona może równomiernie rozdzielić się w sali i wypełnić wszystkie szczeliny. Natomiast silniejsze ogrzanie sali nie wpływa ani na szybkość, ani na dokładność odkażenia. Ciepłota musi być jednak jednostajnie rozłożoną w całej sali, piec np. nie może być ciepły, gdyż jego wyższa ciepłota przeszkadza skraplaniu się pary na nim i ogrzanych przezeń przedmiotach, a formaldehyd na sucho nie działa.

Odkażanie kilku, lub choćby tylko dwóch sal, połączonych ze sobą dużemi otwartemi drzwiami, przyrządem jednym lub nawet paroma, w jednej ze sal umieszczonymi, chybia celu. Zawsze w takim razie sale, w których przyrządów nie umieszczono, nie są dostatecznie odkażone.

Celem szybkiego usunięcia niemiłej woni formaldehydu, która nawet kilka dni ustąpić nie chce, radzi Gruber użyć przyrządu Baumanna do wyparowania (*Verdampfen*) rozczynu amoniaku i wpuszczenia tej pary rurką przez dziurkę od klucza do sali, której odkażenie formaldehydem już jest ukończone. Na 1 grm. zużytego do odkażenia formaldehydu należy wyparować 3 ctm. sześć. 25% rozczynu amoniaku. W pół godziny znika woń formaldehydu w zupełności, zaś pozostała woń amoniaku przez otwarcie drzwi i okien szybko się usuwa.

Z przytoczonych wyżej szczegółow wynika, że sprawa odkażania sal zapomocą formaldehydu znacznie postąpiła, gdyż w kilku godzinach można dziś przy bardzo małym koszcie i nakładzie pracy odkazić dostępne powierzchnie ścian i t. d.

Wprawdzie próbki odporniejszych zarodników, umieszczone w miejscach dla pary lub mgły formaldehydu trudniej dostępnych, nie zostały doszczętnie zniszczone. Ale rozważyć należy, że w takie miejsca, (n. p. na spody mebli, do wnętrza szuflad i t. p.) prątki wogóle tylko w wyjątkowych warunkach dostać się mogą, pozostając przeważnie właśnie na dostępnych powierzchniach. „Wogóle można na to liczyć, że na przeważnej części przedmiotów pokoju, w którym przebywał chory, o ile nie zetknęły się bezpośrednio z chorym lub jego odchodami, albo też z zakażonemi rękami i sukniami otoczenia chorego, albo wreszcie nie były bardzo zapylone, zarodniki i prątki chorobotwórcze co najwyżej na łatwo dostępnych powierzchniach osiądą. Odnosi się to do nieużywanych mebli do siedzenia, szaf, odzieży, bielizny i t. p., umieszczonych w szafach, książkach, na półkach i t. p. [2])". Zresztą żaden inny sposób nie daje dla tych powodów przedmiotów większej gwarancyi. „Szczęśliwym sposobem możemy się na to spuścić, że wielka ilość zarodników i bez naszego działania z czasem ginie, że tylko bardzo mała ich cząstka znajdzie bramę wejścia do naszego ustroju, że przeto możliwość zakażenia bardzo rzadko przejdzie w zakażenie samo" [3]).

¹) Patrz *Przegl. lek.* z r. 1899 str. 657.

²) Ustęp ten umieszczony w cudzysłowie przetłomaczyłem dosłownie z oryginału uważając go za słabą stronę całego referatu. Kto miał przez parę do kilku tygodni w domu chorego na chorobę zakaźną, ten przyzna, że zdanie to nie licuje ze ścisłością, z jaką najwyższa Rada zdrowia zwykle orzeczenia swe wydaje. Toć po kilkutygodniowej chorobie nie można »liczyć na to«, że zarodniki i prątki chorobotwórcze co najwyżej na powierzchni przedmiotów osiądą. A któż po kilku tygodniach pamiętać może, czy i które przedmioty zetknęły się bezpośrednio z chorym, lub nawet może z jego odchodami?

(Przypisek sprawozdawcy).

³) Znowu ustęp, na który zgodzić się nie można, a który w referacie tak poważnego ciała, jak naj. Rada zdrowia, razi brakiem ścisłości.

Zwłaszcza zaś dla sal szkolnych z ich skromnem urządzeniem można śmiało polecić odkażanie formaldehydem z zastrzeżeniem, by wszystkie przedmioty wolno (tj. ani do ścian, ani do innych przedmiotów nie przylegając) były umieszczone.

Inna rzecz z przedmiotami, które bezpośrednio stykały się z chorym, a zwłaszcza z jego wydzielinami. Te, jak pościel, bielizna, odzież i t. p. winny koniecznie być poddane albo wymoczeniu w rozczynach przetworów odkażających, albo też odkażeniu w przyrządach parowych. Przedmioty, które ani do odkażania płynami, ani przyrządami parowymi się nie nadają, możnaby odkażać zgęszczonemi mgłami lub parami formaldehydu w szafach.

Tak więc zyskaliśmy bezprzecznie nowy i dobry środek do odkażania i mieszkań, który, w połączeniu z dotąd używanymi sposobami, daje przy znacznem uproszczeniu zupełną pewność skuteczności, jeśli będzie stósowany przez wyćwiczoną służbę i pod ścisłym nadzorem. Ale w tym kierunku właśnie zrobił sam prof. Gruber w Wiedniu bardzo smutne spostrzeżenia, dowodzące, że służba, do odkażania mieszkań używana, nie jest odpowiednio wykształconą. Wobec tego uważał za stósowne ułożyć rodzaj instrukcyi postępowania dla tej służby. Zdaje się nam, że będzie to z korzyścią, jeśli ten ostatni ustęp, bardzo pouczający i praktyczny, prawie w dosłownem tłomaczeniu przytoczymy.

Służba, używana do odkażania mieszkań, winna mieć osobne odzienie, łatwo dające się przez zanurzenie w odpowiednich rozczynach odkażać i osobne obuwie kauczukowe (kalosze), które wdziewałaby, wchodząc do sali, mającej uledz odkażeniu. Służba ta winna wszelkie potrzebne przyrządy i naczynia do przygotowania środków odkażających przynieść ze sobą i przed drzwiami sali ustawić. Teraz wchodzi służba do sali i, przygotowawszy sobie tu około 10—20 litrów rozczynu odkażającego (n. p. 2% rozczynu krezolu i mydła *aa*), wrzuca do niego przedmioty, które mogą być prane, a więc powłokę pościeli, bieliznę i t. p. Następnie do prześcieradeł, w płynie odkażającym zanurzonych, wiąże się poduszki, materace, ubrania i t. p. przedmioty, celem posłania ich do desinfektora parowego. Widocznie powalane miejsca ścian i podłogi, łóżka i t. p. myje się płynem odkażającym, szpary podłóg zalewa się tymże płynem. Meble, obrazy i wszelkie inne przedmioty ustawia się tak, by miały wszystkie powierzchnie wolne. Drzwi szaf, szufłady i t. p. otwiera się jak najszerzej; jeśli zaś zawierają rzeczy w czasie choroby używane, to należy je wyjąć i wolno rozwiesić. Inne, które nie były używane, mogą tam pozostać. Firanki, obrusy, dywany muszą być tak rozwieszone, by nigdzie niczego nie przykrywały. Podobnież kołnierze ubrań winny być postawione, kieszenie wywrócone; same ubrania, o ile, jako bardzo zakażone, nie zostały posłane do desinfektora parowego, winny być rozwieszone szeroko i wolno. Teraz zatyka się szpary okien, najlepiej gliną, zarobioną płynem odkażającym. Otwory wentylatorów, pieców i t. d. można również tą gliną lub papierem zalepić. Teraz ustawia się w środku pokoju na podstawie blaszanej przyrząd formaldehydowy, napełnia się go odpowiednią do wielkości (w metr.³) sali ilością wody, wyskoku i formaldehdydu w ten sposób, by na jeden metr sześcienny sali wypadało 2·5—3 grm. formaldehydu. Przekonawszy się, że przyrząd jest w dobrym stanie, a otwory, z których para, względnie mgła formaldehydu, ma wypływać, są drożne, zapala się spirytus. Zanim formaldehyd zacznie wrzeć, należy przygotować po wewnętrznej stronie drzwi zaleconą przez Flüggego rurkę do ujmowania rozbryzgującego się przy późniejszem odwanianiu amoniaku. Teraz zdejmuje służba powoli odzież i wkłada do płynu odkażającego; obówie gutaperkowe obmywa się nim również. Podobnież winna służba umyć sobie teraz tym płynem włosy, twarz i ręce i, zabierając toboły spakowanej pościeli do desinfektora parowego, opuszcza salę, zamykając ją szczelnie na 6 godzin. Jeśli pokój jest mały i tak zastawiony różnymi przedmiotami, że jest obawa, iż przyrząd sam sobie zostawiony mógłby spowodować pożar, to można (n. p. przyrządem Baumanna) wywiązywać parę za drzwiami i przez dziurkę od klucza lub przewiercony otwór z rurą wpędzać do pokoju. Po upływie sześciu godzin zaczyna się wpuszczać przez dziurkę od klucza pary amoniaku (3 ctm. sześć. na 1 gram formaldehydu), a w godzinę poźniej otwiera się drzwi i okna pokoju, celem usunięcia woni amoniaku, bo formaldehydu zwykle już nie czuć. — Tymczasem przywieziono też już z desinfektora parowego materace i pościel; wszystko ustawia się na dawnem miejscu, okna i t. d. oskrobuje się z gliny; klamki i przedmioty metalowe należy zaraz dokładnie czyścić. Bieliznę, zanurzoną w płynie odkażającym, daje się do prania. Jednem słowem w 8—12 godzin może cała praca być zupełnie ukończoną.

Dr. Gwiazdomorski.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 22 marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych, miał odczyt kol. docent Łepkowski „O osadzaniu sztucznych zębów płytkowem i bezpłytkowem w oprawie metalowej«. W rozprawach zabierali głos koledzy profesorowie: Zarewicz i Kader. Wreszcie kol. prof. Ciechanowski okazał i objaśnił kilka rzadkich preparatów z zakresu anatomii patologicznej.

* D. 20 b. m. rozpoczął się w krakowskim Zakładzie dla badania środków spożywczych 4-miesięczny kurs dla komisarzy targowych. Wykłady teoretyczno-praktyczne prowadzić będą: prof. Bujwid, Dr. Wróblewski, Dr. Bier, Dr. Goliński, p. Buraczewski. Sprawą badania mięsa i ryb zajęli się pp.: inspektor rybactwa p. Fiszer, i weterynarz miejski, p. Papée.

Pożądanem byłoby uchwalenie ustawy krajowej, któraby umożliwiła obsadzanie posad komisarzy targowych przez ludzi ukwalifikowanych, co, jak dotąd, u nas zupełnie miejsca niema.

* Znany i zasłużony dermatolog niemiecki, prof. Neisser, zastrzyknął przed 6-laty kilku kobietom surowicę krwi z osoby, chorej na kiłę. Dalsze spostrzeganie dowiodło, że 4 z zastrzykniętych kobiet uległo kile; ponieważ jednak były to prostytutki, więc nie podobna twierdzić, ażeby nabyte zakażenie było koniecznie następstwem zastrzyknięcia owej surowicy. Wiadomość o tych próbach prof. Neissera doszła do prasy i publiczności i stała się powodem rozpraw w parlamencie niemieckim. Nie przytaczamy zarzutów, podniesionych aż do stopnia zbrodni, które uczyniono prof. Neisserowi, a nawet całemu stanowi lekarskiemu. Roznamiętnionych opamiętywali prof. Virchow, wyjaśniając rzeczywisty cel tych doświadczeń, oraz ze strony rządu, p. Althoff, który wzywał Izbę, ażeby pojedyńczego przypadku nie uogólniała i nie czyniła zarzutów stanowi lekarskiemu, który w dziele poświęcenia się dla ludzkości nie daje się przecież nikomu wyprzedzić.

Całe dziennikarstwo lekarskie w Niemczech stanęło w obronie wolności badań naukowych; atoli wszyscy autorowie, jak niemniej i prof. Virchow, zarzucają prof. Neisserowi, że doświadczenia swoje odbywał na osobach, których pozwolenia na to nie żądał. Sądzimy, że zarzut ten jest bezstronny i słuszny: nie istnieje żaden cel szlachetny, który uświęcałby narażenie zdrowia lub życia bliźniego, chyba że on tę ofiarę sam chce ponieść.

* Tegoroczny konkurs dermatologiczny im. Unny został rozpisany. Tytuł konkursowej rozprawy brzmi: *Die feinere Architektur der primären Hautcarcinome und insbesondere die bei ihnen obwaltenden verschiedenen Beziehungen zwischen Epithelwucherung und Bindegewebswiderstand.* Nagroda wynosi 300 marek; prace należy nadesłać przed 1-szym grudnia, 1900 r., pod adresem nakładcy Leopolda Vossa w Hamburgu, Hohe Bleichen, 34. Współubieganie się nieograniczone żadnymi warunkami. Sąd konkursowy składają profesorowie: Hauser, Nauwerck i Orth.

* Zjazd otologów niemieckich odbędzie się 1 i 2 czerwca b. r. w Heidelbergu.

* Zjazd południowo-niemieckich neurologów i psychiatrów odbędzie się w Baden-Baden 26 i 27 maja b. r.

* Przygotowania do XIII lekarskiego Kongresu międzynarodowego w Paryżu są na najlepszej drodze. Biuro znajduje się w *Ecole de médecine*, gdzie również mieścić się będą biura Komitetów krajowych i narodowych. Udział w uroczystościach i przyjęciach będzie zapewniony wszystkim członkom Kongresu, z wyjątkiem posiedzeń ogólnych, a to z powodu, że Paryż nie posiada dostatecznie wielkiej sali, a amfiteatr Sorbony, gdzie odbywać się będą te posiedzenia ogólne, posiada miejsca tylko na 3000 osób. Z zamierzonych uroczystości wiadome tylko wieczorne przyjęcie przez kolegów francuskich w pałacu i ogrodzie luksemburgskim.

* Przed Kongresem międzynarodowym ma obradować w Paryżu Kongres prasy lekarskiej, na którym roztrząsane będą dwie ważne sprawy: Założenie międzynarodowego związku prasy lekarskiej i obrona własności literackiej.

* Używanie łacińskiego języka w niemieckich uniwersytetach przy imatrykulacyi i promocyi zostało bardzo ograniczone: Minister oświaty otrzymał od cesarza Wilhelma pozwolenie na zupełne skasowanie języka łacińskiego w tych uniwersytetach, które o to prosić będą. Obecnie naradzają się Wydziały uniwersytetów niemieckich, czy, i o ile z tego pozwolenia korzystać należy.

* Krajowa Rada lekarska w Saksonii złożyła rządowi swemu sprawozdanie, nieprzychylne dla projektu przyjmowania kobiet na Wydziały lekarskie. Wśród innych, powszechnie już znanych, powodów tego postanowienia przytacza saska Rada lekarska i ten, że same kobiety, gdy są chore, mało mają zaufania do kobiet-lekarzy, zwłaszcza gdy idzie o dotrzymanie tajemnicy zawodowej, oraz o działanie spokojne, stanowcze i rozważne.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich na Uniw. Jagiel. otrzymała Pani Zofia Moraczewska, żona znanego lekarza i córka Dr. Okuniewskiego.

Notatki bibliograficzne.

— **Die Verunreinigung der Gewässer, deren schädliche Folgen, sowie die Reinigung von Trink-und Schmutzwasser.** V. prof. J. König (Berlin, Verlag v. J. Springer, cena 26 marek).

— **Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris** 1898—1899—1900. Par prof. G. Dieulafoy. (Paris. Edit. Masson et C. — Cena 10 fr.)

— **La Diphtherie depuis Arétée le Cappadocien jusqu'en 1894 avec les resultats statistiques de la serumthérapie sur 230000 cas. Tubage du larynx. Historique. Instrumentation. Technique. Séméïotique** par le Dr. R. Bayeux. (Paris, Edit. Carré et Naud. Cena 10 fr.).

— **La serothérapie. Historique. Etat actuel. Bibliographie** par le Dr. J. Hèricourt. (Paris. Edit. J. Rueff. Cena 5 fr.)

— **Lehrbuch der Kinderheilkunde für Aerzte und Studirende** von J. Uffelmann und B. Bendix. 2 Aufl. (Berlin und Wien Verl. v. Urban u. Schwarzenberg. Cena 10 marek).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Kamieński Stanisław mianowany został ordynatorem w Oddziale dziecięcym szpitala Dzieciątka Jezus. Dr. Wojnicz-Sianożęcki mian. został docentem Wojenno-medycznej Akademii w Petersburgu do wykładów topograficznej anatomii i oparacyjnej chirurgii. Dr. Carle mian. prof. zwycz. chirurgii w Turynie. Prof. Ribbert z Zurychu przyjął wezwanie do objęcia posady prof. anatomii patolog. w Marburgu. Dr. Strübing mianowany został prof. kliniki lek. w Gryfii. Prof. Dimmer (Insbruk) mianowany został następcą śp. Borysikiewicza w Gracu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Aleksander Braun w Liśniku, licząc lat 66. Dr. Władysław Paszkowski w Połtawie, lat 75. Dr. Pochroń Józef zmarł w Krakowie, w 41 r. życia. Prof. Lorenzo Bruno w Turynie. Dr. Mosengeil, prof. chirurgii w Bonn, zmarł w 60 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 11: Dra Sokołowskiego Alfreda: Parę uwag o cierpieniu dróg oddechowych, wikłających zimnicę. Jaworskiego J.: Przyczynek do kazuistyki porażeń mózgowych u dzieci na tle choroby zakaźnej. Dr. Kučery P.: Emphysema organorum et angio-pancreatitis suppurativa (c. d.). W *Przeglądzie Dentystycznym* Nr. 2: Doc. Łepkowskiego W.: Doświadczenia nad zastosowaniem 40% formaliny, formagenu i jodoformagenu w dentystyce (dok.). Dra Zbořila C.: Porcelana i emalia w dentystyce (c. d.). W *Kronice lekarskiej* Nr. 5: Gedgowda W.: Przyczynek do leczenia tężca. W *Medycynie* Nr. 11: Dr. Mikołajewa i Dra Dogiela: Fotografowanie siatkówki. Dra Halperna J.: Przyczynek do nauki o odruchowym wpływie przewlekłego podrażnienia szyi pęcherza moczowego na nerki. Dra Heimana T.: O zapaleniu pierwotnem wyrostka sutkowego.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**